PRÁCTICAS Y PRACTICANTES DE LA SALUD EN SANTA FE

Del curanderismo a la biomedicina (siglos XIX y XX)



PAULA SEDRAN
ADRIÁN CARBONETTI
VIVIANA BOLCATTO
(COMPILADORES)



PRÁCTICAS Y PRACTICANTES DE LA SALUD EN SANTA FE

PRÁCTICAS Y PRACTICANTES DE LA SALUD EN SANTA FE

Del curanderismo a la biomedicina (siglos XIX y XX)

Paula Sedran
Adrián Carbonetti
Viviana Bolcatto
(compiladores)



Prácticas y practicantes de la salud en Santa Fe: del curanderismo a la biomedicina: siglos XIX y XX / Paula Sedran... [et al.]; compilado por Paula Sedran; Adrián Carbonetti; Viviana Bolcatto. – 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo, 2021. 210 p.; 20 x 13 cm.
ISBN 978-987-723-293-6
1. Salud. 2. Historia Social. 3. Santa Fe . I. Sedran, Paula, comp. II. Carbonetti, Adrián, comp. III. Bolcatto, Viviana, comp.
CDD 362.982

Buenos Aires, Argentina
Editorial Teseo
Hecho el depósito que previene la ley 11.723
Para sugerencias o comentarios acerca del contenido de esta obra, escríbanos a: **info@editorialteseo.com**
www.editorialteseo.com

ISBN: 9789877232936

Imagen de tapa: Matt Briney en Unsplash

TeseoPress Design (www.teseopress.com)

Índice

Presentación: construyendo la historicidad de la salud en contextos situados

La historia de la salud y de la enfermedad se ha consolidado como campo de la labor historiográfica en el mundo. En Latinoamérica, la diversidad de sus objetos y de sus enfoques ha sido enriquecida en las dos últimas décadas; se ha obtenido una mirada crítica que, en buena medida, puede pensarse como superadora de perspectivas más atadas a paradigmas eurocéntricos en las matrices de estudio o más "Estado-centradas" en sus metanarrativas.

Dicho giro crítico del interés por pensar históricamente la salud y la enfermedad tuvo un período fundacional, que abarcó las producciones de los años ochenta y mediados de los noventa (Di Liscia, 2008: 15). Entre los desarrollos más tempranos pueden listarse aquellos que, de la mano de los estudios de la formación del Estado nacional (Lobato, 1996), se preocuparon primordialmente por la creación de una estructura sanitaria y la profesionalización médica en relación con las estructuras y saberes estatales. La perspectiva social y cultural de estos análisis, en confluencia con la historia del trabajo y la historia urbana, inició un señalamiento de los efectos de las políticas higienistas y sanitarias sobre los sectores populares (Armus, 1990), como parte de la ingeniería social desplegada por los jóvenes Estados nacionales, las cuales, en ocasiones, fueron sobrevaloradas en su eficacia. Ello arrojó como resultado una imagen homogénea y *progresiva* de procesos centrales para este campo –como el de la medicalización de la sociedad– que, a la luz de desarrollos posteriores, comprobaron ser más desacompasados y contestados (Armus, 2001).

En este sentido, la primera década del siglo XXI vio el nacimiento de esfuerzos por realizar una autocrítica de la historiografía (Belmartino y Armus, 2001). Como señala Di Liscia, el antecedente más certero en esta dirección fue la crítica realizada a la historia laudatoria de la medicina, mayormente escrita por médicos (Di Liscia, 2008). Luego, se identificó las categorías europeizantes o el estadocentrismo de ciertos análisis y la necesidad de la inclusión de la perspectiva de género en los estudios sobre salud y enfermedad en las relaciones de dominación vinculadas a ellos (Barrancos, 1999; Billorou, 2005), así como la problematización de las formas en que las políticas sanitarias fueron adoptadas en la vida cotidiana (Moreyra, 2017). Se señaló el vínculo entre nociones hegemónicas de salud y ciertas categorías estigmatizadoras de enfermedad, en conjunción con los discursos racistas y nacionalistas sobre inmigrantes (Scarzanella, 2002; Nari, 2004), pueblos originarios (Aizenberg, 2013) y sobre otros sujetos como niños y mujeres (Pita, 2016). Como parte necesaria de estos replanteamientos, propios del campo, la historia de la salud y la enfermedad participó de pleno derecho en la crítica al paradigma de la escala nacional como único continente de las historias locales. En la misma línea, los itinerarios transnacionales, la circulación de sujetos y saberes (así como el alcance de las enfermedades infectocontagiosas) ponen en jaque de manera flagrante la mirada *nacional* sobre los estudios socioculturales de la salud y la enfermedad (González Leandri y Carbonetti, 2008).

En el marco de estas reformulaciones epistemológicas y políticas, esto es, de una política de la historia argentina, algunas de las líneas de estudio que más se han afianzado son las de la dimensión institucional de la salud (Belmartino, 1996), de los procesos de profesionalización (Ramacciotti, 2019; Correa, 2017; González Leandri, 2006), y del análisis sociocultural de estrategias y actores en contextos epidémicos (Carbonetti y Rivero, 2020; Carbonetti, 2011).

Ahora bien, es muy importante destacar que estos desarrollos, como parte del despliegue de una mirada crítica, dialogan con el estudio de otros fenómenos que el discurso hegemónico de la biomedicina definió como ajenos al campo de la salud. Entre ellos, se cuentan los saberes y prácticas empíricos, las medicinas *alternativas*, las relaciones entre espiritualidad, emociones y salud (Bound Alberti, 2006) y entre delito y enfermedad (Agostoni y Speckman Guerra, 2005), y los vínculos entre la formación de un mercado de la salud, la oferta médica y los consumos no regulados o problemáticos (Carbonetti y Sedran, 2019). En otras palabras: pensar un avance integral de la historia de la salud y la enfermedad implica tener como base el diálogo entre estos objetos y sus perspectivas teórico-metodológicas, así como la voluntad de nutrir empíricamente sus supuestos con análisis territorialmente comprehensivos.

Más recientemente, el campo de la salud y la enfermedad se ha preocupado por señalar cómo las prácticas y saberes alternativos fungieron, para la historia, como categorías residuales que englobaban todo aquello fuera de los márgenes de la biomedicina, lo cual se acentuó conforme avanzaba el siglo XX. El principal efecto de esta tendencia fue la homogeneización forzosa de conocimiento, creencias y saberes muy diversos, además de un desconocimiento de sus esferas de circulación (como la clásica oposición médico-curandero) y de quienes consumían sus servicios. En tal sentido, la historiografía latinoamericana ha dado pasos firmes en dirección a un conocimiento situado y profundo de estas prácticas, sus raíces y sus practicantes (Márquez Valderrama, 2014; Vallejo y Palma Maturana, 2019; Teixeira y Oliveira da Silva, 2012).

En buena medida, este amplio desarrollo descansa sobre el trabajo de grupos de investigación locales, interdisciplinarios y cuya presencia territorial suele estar infrarrepresentada. Dichas historias, que atienden a la trama local y regional de las temáticas descriptas anteriormente,

han hecho aportes sustanciales a la originalidad del conocimiento crítico construido.

La presente compilación refleja la labor del proyecto de investigación "Historia Social de la Salud y la Enfermedad en Santa Fe (siglos XIX–XXI)" dirigido por Adrián Carbonetti, que reúne a investigadores de las disciplinas de la historia, la geografía, la sociología y la administración de la salud. Cada trabajo repone un aspecto del universo santafesino de prácticas y de practicantes de la salud entre finales del siglo XIX y mediados del siglo XX, atendiendo a sus particularidades desde una perspectiva sociocultural. El libro se organiza en tres ejes, que acentúan la dimensión institucional, la pregunta por el trabajo con las fuentes y la indagación en prácticas no hegemónicas y en representaciones diversas de la salud.

"Instituciones y salud en clave santafesina", el trabajo de Sandra Westman, recorre la fundación y primeros años de la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva de la Universidad Nacional del Litoral de Santa Fe. La autora propone pensar esta institución entre 1946 y 1958, años críticos para la política nacional, como un dispositivo que formó profesionales y técnicos en el área sanitaria para servir a un proyecto específico de nación. Al mirar *de cerca* las propuestas y circunstancias de la creación de la Facultad en el contexto de paradigmas de desarrollo nacional antitéticos, la autora propone una pregunta clave: ¿por qué Santa Fe? Sobre ello, el trabajo de Sandra Westman conjuga el análisis de tres elementos (la estructura sanitaria, los desarrollos universitarios que permitieron la formación de nuevos profesionales y de la injerencia que tuvo la publicación de una revista propia) en la disputa de poder-saber que hizo a este nuevo campo de la medicina necesario en el marco de un nuevo proyecto sanitario nacional.

Viviana Bolcatto aborda la problemática de la estructura sanitaria provincial atendiendo a una distintiva "fragmentación territorial." La organización histórica en zonas Sur, Centro y Norte (cuyo puntapié fueron los dos consejos

de higiene formados como corolario de la epidemia de cólera de la década de 1860) replicó una fragmentación de hecho, que signó el devenir de la presencia estatal en materia de salud en la primera mitad del siglo XX. Sobre esta fragmentación y el surgimiento de dos ciudades hegemónicas (Santa Fe y Rosario) cuya condición propició que fuesen designadas como cabeceras del sistema sanitario, Bolcatto reflexiona acerca del devenir de la configuración espacial del territorio provincial y su impacto en la organización del sistema sanitario.

Los capítulos del eje *Construcción de datos sobre salud: las fuentes y sus posibilidades* construyen objetos de estudio particulares a partir de la consulta de fuentes clásicas, como son la prensa y los censos. A partir de ello, identifican temáticas propias de la salud y la enfermedad que resultaron críticas en sus contextos: el curanderismo, como práctica rechazada por la corporación médica pero ampliamente afincada en el territorio provincial y el temor infundido por la pandemia de gripe española en 1918 y 1919.

Para ponderar la presencia, distribución y autorreconocimiento de curanderos y curanderas en la provincia, Adrián Carbonetti y Alejandra Fantín consideran las planillas del censo de población de 1869 por una particularidad que esta fuente presenta: ser “tal vez el único en el que la ocupación de curandera/o, aparece explícitamente y en gran número”. En complemento con ello, los autores ponderan la información contenida en las planillas censales disponibles en el banco de datos de Family Search. La combinación entre dicha descripción y un análisis demográfico de los curanderos santafesinos es la base de la elaboración de hipótesis sobre este grupo, el cual fue desatendido por largo tiempo por la historia social, a pesar de haber sido clave en la atención de la salud en períodos en que la medicina diplomada no era hegemónica. En este sentido, la vacancia que supone el estudio de estos sujetos no es solo de carácter temático, sino que impacta en la visión de conjunto que

puede reconstruirse sobre la salud y la enfermedad desde mediados del siglo XIX a las primeras décadas del siglo XX.

Por su parte, Gabriela Molina vuelve sobre la prensa santafesina en el contexto del brote epidémico de la gripe española, en 1918 y 1919. Como medio estelar, no solo de comunicación, sino de establecimiento de agenda, la prensa permite reflexionar sobre tópicos diversísimos. Así, la identificación de las formas en que esta abordó el tema de la pandemia no solo hace posible adentrarse en las percepciones sobre la enfermedad, sino también cruzar dichas percepciones con cómo fueron recibidas las medidas estatales para afrontar la pandemia. Con ese fin, Molina indaga en los modos en que los diarios divulgaron preceptos científicos y dieron a conocer las disposiciones municipales de profilaxis. En este contexto, de acuerdo a la autora, la concepción misma de la epidemia se consolidó como cuestión de salud pública, parámetro que dio marco a las medidas tomadas y las sanciones impuestas a los transgresores.

Por su parte, Javier Gómez y Adrián Carbonetti parten de una fuente hegemónica del período de formación estatal, el censo nacional de 1869, e indagan en el comienzo del proceso de medicalización en lo que definen como una sociedad "curanderizada". Los autores se preguntan por las formas en que esta fuente permite adentrarse en la trama de la conformación sociodemográfica de los profesionales médicos, de su distribución en el territorio provincial. A la vez, plantean las potencialidades y límites de estos documentos para identificar la presencia de profesiones empíricas, como curanderos y parteras, en un contexto de imperativo modernizador. Ello les permite formular hipótesis que contribuyen a historizar el desarrollo de las profesiones académicas y empíricas en Santa Fe.

En el eje "Sujetos y saberes distintos", se reconstruye la historicidad de sujetos, hegemónicos y no hegemónicos, que formaron parte necesaria del escenario de la salud en Santa Fe. El punto de encuentro de dichos trabajos, cuyos objetos difieren notablemente, es el cuestionamiento de la

denominación de alternativas aplicado a prácticas y saberes no médicos, e impuesto desde un dispositivo médico-estatal que, en el período que estos estudios comprenden, aún no era hegemónico.

En el capítulo "Ahora habla él: Fernando Asuero entre posicionamientos y estrategias en un mercado terapéutico (1930)", María Dolores Rivero explora una dimensión fronteriza de los saberes sobre la medicina y la salud: la de aquellos personajes que, perteneciendo formalmente a la profesión médica, ven su legitimidad cuestionada por parte de la corporación, lo cual los ubica en una condición *híbrida*.

Fernando Asuero tuvo una visibilidad notable en Santa Fe, cuando el médico vasco recorrió la Argentina en 1929-1930. Asuero fue el creador de una técnica de acción sobre el nervio trigémino que prometía alivio a las dolencias más diversas, lo cual le granjeó muchos adeptos y amplias críticas. No obstante, su incansable y original empresa de autopromoción lo distinguió de otros médicos diplomados catalogados de heterodoxos. En este sentido, Rivero analiza minuciosamente los componentes de la "asueroterapia" en la explicación que el propio Asuero dio de ella, en respuesta a las críticas hechas públicas, principalmente en medios periodísticos.

María Eugenia Demarchi describe los orígenes del espiritismo en la ciudad de Rafaela, que, desde sus orígenes como colonia agrícola, se erigió en el epicentro del desarrollo económico del oeste provincial. Este estudio, además de constituir una investigación temáticamente pionera en la región, propone analizar el fenómeno espírita conjugando la consideración de la específica vertiente *kardeciana* que se desarrolló con la trama social y vincular de sus protagonistas. Con un seguimiento meticuloso construido con base en entrevistas realizadas a allegados y descendientes de los fundadores de la Sociedad Espiritismo Verdadero, la autora pone de relieve aquellos aspectos de la moral espírita que fueron nodales para los sujetos que la afincaron en la localidad y cómo, en los años de entreguerra, el espiritismo

adquirió una presencia territorial que aún permanece sin explorar en su totalidad.

Paula Sedran analiza el consumo de alcohol y su consolidación como un problema social, específicamente en sus sentidos de vicio y enfermedad, entre los años 1900 y 1930. En el caso santafesino, convivieron, en estos años, las concepciones de la ebriedad como fenómeno conspicuo, consolidado como problema social en las voces de la elite a lo largo de los años de la Organización Nacional, con la cuasiausencia de medidas específicas para abordarla desde la esfera de la salud. En función de ello, y de las claras limitaciones del discurso médico para imponer sin más su definición como *enfermedad*, la autora se pregunta por cuáles fueron los sentidos que tuvo la alcoholización para la salud en Santa Fe. Dentro de este interrogante general, delimita la búsqueda de si arraigó en Santa Fe la definición del *heavy drinking* o del alcoholismo como enfermedad, al pulso del auge mundial de la lucha antialcohólica. La interdiscursividad de las definiciones gubernamentales, periodísticas, médicas y otras del consumo de bebidas alcohólicas permite complejizar el entendimiento de por qué, a pesar de los esfuerzos de los discursos hegemónicos, la valoración positiva y negativa de la alcoholización permanece como arena de disputa a lo largo de toda la primera mitad del siglo XX.

Bibliografía

Agostoni, Claudia (2018). Ofertas médicas, curanderos y la opinión pública: el Niño Fidencio en el México posrevolucionario. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, 45(1), 215-243.

Agostoni, Claudia y Speckman Guerra, Elisa (2005). *De normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina (1850–1950)*. México: UNAM.

Aizemberg, Lila (2013). Salud indígena: una reflexión crítica y miradas alternativas a la perspectiva intercultural. *Astrolabio,* 11, 364-385.

Armus, Diego (1990). *Mundo urbano y cultura popular. Ensayos de la historia social argentina.* Buenos Aires: Sudamericana.

Armus, Diego y Belmartino, Susana (2001). Enfermedades, médicos y cultura higiénica. En Cataruzza Alejandro (dir.). *Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política* (pp. 283-329). Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

Barrancos, Dora (1999). "Moral sexual, sexualidad y mujeres trabajadoras en el período de entreguerras". En Devoto, Fernando y Madero, Marta (dir.). *Historia de la vida privada en la Argentina,* tomo III (pp. 198-225). Buenos Aires: Taurus.

Belmartino, Susana (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Billorou, María José (2005). "El binomio madre-hijo: acciones y límites de la puericultura". X Jornadas Interescuelas-Departamentos de Historia, Universidad Nacional de Rosario, Rosario.

Bound Alberti, Fay (2006). *Medicine, Emotion and Disease, 1700–1950.* Londres: Palgrave.

Bubello, Juan Pablo (2010). *Historia del esoterismo en la Argentina: Prácticas, representaciones y persecuciones de curanderos, espiritistas, astrólogos y otros esoteristas.* Buenos Aires: Biblos.

Carbonetti, Adrián (2011). *La ciudad de la peste blanca. Historia epidemiológica, política y cultural de la tuberculosis en la ciudad de Córdoba, Argentina 1894–1947.* Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Carbonetti, Adrián (2010). "Historia de una epidemia olvidada. La pandemia de gripe española en la argentina, 1918-1919". *Desacatos,* 32, 159-174.

Carbonetti, Adrián y Rivero, María Dolores (2020). "La enfermedad en imágenes: representaciones de la gripe española en la prensa argentina (1918)". *Población y Salud en Mesoamérica*, 17(2), 1-25.

Carbonetti, Adrián y Rivero, María Dolores (2020). *Argentina en tiempos de pandemia: la gripe española de 1918–1919. Leer el pasado para comprender el presente*. Córdoba: Editorial de la Universidad Nacional.

Correa, María José (2017). "¿Quiénes son los profesionales?: justicia, profesionalización y ejercicio médico en el Chile urbano de la segunda mitad del siglo XIX". *Dynamis*, 37(2), 273-293.

Di Liscia, Ma. Silvia (2008). "Reflexiones sobre la nueva historia social de la salud y la enfermedad en Argentina". En Carbonetti, Adrián y González Leandri, Ricardo (eds.). *Historias de salud y enfermedad en América Latina, siglos XIX y XX* (pp. 15-49). Córdoba: CEA–UNC.

González Leandri, Ricardo (2006). "La consolidación de una inteligentzia médico profesional en Argentina: 1880-1900". *Diálogos, Revista Electrónica de Historia*, 7(1), 36-78.

González Leandri, Ricardo y Carbonetti, Adrián (2008). "La historia de la salud y la enfermedad en Brasil y Argentina. Estudios de caso y nuevas perspectivas". En Carbonetti, Adrián y González Leandri, Ricardo (eds.). *Historias de salud y enfermedad en América Latina, siglos XIX y XX* (pp. 299-325). Córdoba: CEA–UNC.

Lobato, Mirta Zaida (1996). *Política, médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos – Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Márquez Valderrama, Jorge (2014). "El curandero, por Luciano Trespalacios S., 1916". *Historia y Sociedad*, 27, 271-303.

Moreyra, Cecilia (2017). "Cultura material e higiene cotidiana en la Córdoba del Ochocientos". *Anuario de Estudios Americanos*, 74(1), 211-234.

Nari, Marcela (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político.* Buenos Aires: Biblos.

Pita, Valeria (2016). "Trabajadores, agentes municipales y luchas por derechos durante la epidemia de fiebre amarilla de 1871". En Andújar, Andrea *et al*. *Vivir con lo justo: estudios de historia social del trabajo en perspectiva de género. Argentina, siglos* XIX *y* XX (pp. 15-36). Rosario: Prohistoria.

Ramacciotti, Karina (2019). "La profesionalización del cuidado sanitario. La enfermería en la historia argentina". *Trabajos y Comunicaciones*, 49, 1-13.

Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana (2010). "La profesionalización de la enfermería en Argentina: disputas políticas e institucionales durante el peronismo". *Asclepio; Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina y Antropología Médica*, 62(2), 353–374.

Scarzanella, Eugenia (2002). *Ni gringos ni indios. Inmigración, criminalidad y racismo en Argentina. 1890–1940.* Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.

Sedran, Paula y Carbonetti, Adrián (2019). "Curas milagrosas: publicidades de medicamentos varios en la prensa santafesina, Argentina (1890–1918)". *História, Ciências, Saúde–Manguinhos,* 26(4), 1121-1137.

Teixeira, Beatriz y Oliveira da Silva, Jaisson (2012). "Padre Gay: um cônego ilustrado na campanha gaúcha". *Estudos Ibero–Americanos*, 38 (1), 144-160.

Vallejo, Mauro y Palma Maturana, Jorge (2019). La circulación del esoterismo en América Latina. El "Conde de Das" y sus viajes por Argentina y Perú (1892-1900). *Trashumante. Revista Americana de Historia Social.* En prensa.

Vignoli, Marcela (2020). *Epidemias y endemias en la Argentina moderna.* Buenos Aires: Imago Mundi.

Instituciones y salud en clave santafesina

Facultad de Higiene y Medicina Preventiva y la revista *Anales de Medicina Pública* como dispositivos académico-políticos –UNL–

Santa Fe (1949-1958)

Sandra Westman

Facultad de Higiene y Medicina Preventiva

Si bien el surgimiento de la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva está íntimamente relacionado con el contexto político nacional que la crea, es necesario observar las acciones sanitarias provinciales, durante los años previos, para encontrar respuestas a la pregunta: ¿por qué en Santa Fe?

Para Veronelli y Veronelli Correch (2004), la provincia de Santa Fe es un territorio adelantado (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 440). Según los autores, algunas de las razones que lo explican son el crecimiento poblacional respecto al resto del país en la primera mitad del siglo XX y el elevado nivel de la educación popular y centralidad que adquirió la Universidad Nacional del Litoral en lo que respecta a investigaciones. Además, hay que considerar las dependencias ya presentes en la estructura provincial previamente al año 1946: el Instituto Bromatológico, la Dirección de Bioestadística, la Dirección de Acción Social, la Dirección de Ingeniería Sanitaria y la División de Higiene Escolar. Se suman la Caja de Pensión a la Vejez, el Instituto de Investigaciones Agrícolas y Ganaderas y el proceso en el

cual el Consejo Provincial de Higiene se convierte en 1932 en la Dirección General de Higiene y posteriormente en Ministerio de Salud y Trabajo (1941), lo cual le da a la provincia el privilegio de ser el primer territorio nacional en el que el área de salud tenga rango ministerial. Junto a estos entes administrativos, también existen ámbitos educativos como la Escuela de Servicio Social, la Escuela de Visitadoras de Higiene y la Escuela de Salubridad. Todos estos elementos son relevantes al momento de pensar la "cuestión sanitaria" santafesina, que es amplia y compleja, pero que cuenta con un "amplio número de profesionales médicos distribuidos en numerosos pueblos pequeños pero prósperos, característica particular de Santa Fe que convertía su expansión en riqueza" (Veronelli y Veronelli Corach, 2004: 441). Por lo expresado, se considera suficiente el número de galenos en la provincia, pero no se encuentran referencias a otros agentes de salud a los que se denomine "técnicos", "paramédicos" o "equipo de salud" en un territorio donde la salud es concebida –cada vez más– en relación con el bienestar social.

Este bienestar es parte de una dinámica sanitaria más amplia, a la que Bacolla (2015) identifica como uno de los movimientos que forma parte de la medicina social. A su vez, para la misma época, la investigadora menciona que es posible verificar un desplazamiento de las instituciones ligadas a la caridad y beneficencia a favor de personal formado; es decir que se advierte –tanto en el Estado nacional como en el provincial– un énfasis en la construcción de herramientas de intervención que hacen posible una reorientación de políticas *reactivas* a políticas *preventivas*.

Adhiriendo a esta perspectiva, el titular del ministro de Salud y Trabajo de la provincia de Santa Fe, el Dr. Lambruschini, al tomar la palabra durante el Primer Congreso de Salud Pública (celebrado del 23 al 30 de septiembre de 1945) expresó:

> La medicina preventiva ofrece al poder central la oportunidad para coordinar, controlar y dirigir en forma unitaria este importante aspecto del arte de curar. La organización de campañas sanitarias de divulgación y prevención de afecciones infectocontagiosas debe ser materia de interés estrictamente nacional [...]. En cambio la medicina asistencial debe ser de resorte exclusivo provincial; las peculiaridades locales, ambientales, etc. facilitarán la eficiente acción asistencial de las instituciones provinciales. De esta manera se discrimina con criterio práctico la jurisdicción de las esferas de acción provincial y nacional (Veronelli y Veronelli, 2004: 467).

En la misma oportunidad, mencionó el pedido que ya se había cursado a la Universidad Nacional del Litoral para la creación de cursos o carreras universitarias relativas a médicos sanitaristas o higienistas.

Está haciendo referencia al mes de junio del mismo año, cuando es él quien remite al decano de la Facultad de Ciencias Médicas un proyecto de creación de una escuela de sanidad. En una nota que acompaña al proyecto, se menciona la involuntaria ausencia de personal capacitado en los organismos técnicos dedicados a la lucha contra las enfermedades, y se afirma el propósito del Gobierno de la provincia de ofrecer todo el apoyo moral y material posible para el buen éxito de la iniciativa.

Atento al pedido, además de tomar el compromiso de lograr su materialización, el funcionario universitario asume que se trata de lo siguiente:

> Una falla de nuestra enseñanza la falta de una organización docente que capacite para el ejercicio de una profesión –la del Médico Higienista– cuya ausencia resulta anacrónica en un país en que haya conciencia de la gravedad y trascendencia de los problemas, que la higiene pública debe tratar (Asociación Docentes Escuela Sanidad, 1997: 1).

Al siguiente año, abril de 1946, el coronel Juan D. Perón gana las elecciones y confirma al Dr. Ramón Carrillo como secretario de Salud Pública con rango de ministro

de Estado. En noviembre de 1946, el Ing. Julio de Tezanos Pinto (interventor de la Universidad Nacional del Litoral) le encomienda al Dr. Lorenzo A. García –un colaborador cercano de Ramón Carrillo– la preparación de las bases necesarias para la organización de una escuela de salubridad dependiente de esa institución, la que se crea mediante Res. n-º 287 (diciembre de 1946) para la preparación de técnicos en materia de medicina preventiva y funcionará en la ciudad de Santa Fe. Comienza con el curso ordinario para médicos higienistas y otra para doctores en higiene. Es la primera escuela de salubridad del país y se suma a las otras cinco que existen en Latinoamérica hasta ese momento. Los fundamentos de la Resolución señalan que

> compete a la Universidad en ejercicio de sus funciones de cultura superior, investigación científica y formación profesional, propender a la solución de aquellos problemas que más honda y gravemente repercuten en la vida de la población, tales como los que se relacionan con la salud colectiva (Res. n.º 287, diciembre de 1946).

Ante la formulación del Primer Plan Quinquenal del gobierno nacional, y como medio para alcanzar sus metas, se lleva a la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, a instancias de una presentación del diputado Carmelo Barreiro, un proyecto de ley en que se propone la creación de la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva (FHyMP), primera y única en el país que se organizará sobre la base de la Escuela de Salubridad ya existente en la Universidad Nacional del Litoral.

Aprobado el proyecto, las autoridades universitarias redactan la Ordenanza que concede jerarquía de Facultad de Higiene y Medicina Preventiva a la Escuela de Salubridad (8 de noviembre de 1947). Este cambio permite no solamente contar con profesionales vocacionalmente aptos para cursar los grados de la milicia sanitaria, sino dotarlos de una formación acorde, abonando así la organización de

una medicina de Estado de carácter integral, ampliando sus terminalidades sucesivamente.

El programa de esta nueva Facultad se estructura en las siguientes acciones:

- Acciones específicas: hacen referencia a la docencia e investigación técnica y científica.
- Acciones coordinadas: son aquellas que, por medio de las cátedras, departamentos o institutos, brindan a otros organismos (públicos o privados) docencia y servicios de investigación.
- Acciones de asesoramiento: mediante estas acciones, y como consecuencia de las investigaciones, se pretendía no solo llegar a los organismos específicos, sino también al ámbito legislativo y agentes con decisiones en el campo de la salud pública.

En palabras del propio Dr. García (1951), no fue tarea sencilla encontrar los docentes que enseñarían sobre

> matemáticas para médicos, estadística vital y sanitaria, geografía médica, epidemiología experimental, higiene industrial, ecología sanitaria, medicina preventiva, saneamiento, legislación sanitaria comparada, ni muchos menos expertos en psicopatología social, psicoterapia colectiva, maternología y puericultura sociales, economía sanitaria, encuesta ambiental, medicina del trabajo y del deporte, ordenamiento de programas sobre inmaturidad, geriatría, oncología, sexopatología, biotipología y eugenesia (García, 1951: 8).

A la situación inicial, se le suman las dudas acerca de quiénes podrían interesarse por esta formación, ya que

> la medicina privada ha sido siempre un venero de grandes satisfacciones y los médicos tradicionales apreciaban más la concurrencia rutinaria a los servicios hospitalarios gratuitos, sin exigencias horarias ni mayores obligaciones que la conversión en soldados de una causa sin alicientes materiales,

> que solo puede ser conducida mediante una disciplina ejemplar (García, 1951: 9).

Los primeros alumnos que se presentaron eran becados de la nación, provincias y de repúblicas hermanas. En esta nueva unidad académica, se dictó inicialmente el curso de médico higienista, cuyos primeros graduados egresan en 1948. El curso alcanza un total de 71 médicos higienistas en 1954. Se suman las terminalidades de odontólogo sanitario, educador sanitario, técnico en inspección sanitaria y técnico en administración hospitalaria, y, en 1952, se abre el curso de ingeniero higienista. Para ampliar el conocimiento y comprensión de la realidad sanitaria de la zona de influencia de la Universidad Nacional del Litoral, además de las becas para docentes y alumnos, suelen organizarse viajes a distintas localidades del norte del país o la provincia para conocer la patología de enfermedades tropicales.

No son menos importantes las relaciones internacionales que se establecen: los docentes tienen las posibilidades de conocer otras escuelas de sanidad en centros científicos de Francia, Inglaterra, Estados Unidos, Dinamarca y Suiza. Se mantiene un contacto fluido con la Oficina Sanitaria Panamericana, con la que acuerdan becas de perfeccionamiento para el cuerpo de egresados y profesores en la Universidad John Hopkins.

En 1949, en la clausura del Primer Congreso de Medicina del Trabajo realizado en la Ciudad de Buenos Aires, el Gral. Perón se refiere a la FHyMP en los siguientes términos:

> Al mismo tiempo, con la acción directa en el terreno social realizada en beneficio inmediato de los trabajadores, consideramos que era conveniente la formación de técnicos en la materia; fue así como procedimos a crear en una de nuestras universidades, la primera Facultad de Higiene y Medicina Preventiva de cuyo seno están egresando médicos, odontólogos, educadores e inspectores sanitarios. Ellos reciben del Estado el caudal de conocimientos necesarios para que todo cuanto nosotros hemos realizado sea científicamente

> perfeccionado. A ellos corresponderá también la tarea de conformar definitivamente en el país, una conciencia exacta de todos estos problemas (Perón, 1949: 369).

Para la ejecución del Segundo Plan Quinquenal, el gobierno nacional refuerza el rol de esta institución como formadora de cuadros técnicos, disponiendo que dichas instancias sean dirigidas a funcionarios provinciales y nacionales del área. Si bien esta experiencia se inicia con el apoyo de David Staffieri, al ser desplazado por la intervención, es Lorenzo García quien continúa motorizando y gestionando más adelante las vinculaciones con las esferas nacionales desde su cargo en el Ministerio de Salud.

La institución imparte sus clases con la misión de bregar por una nueva cultura sanitaria en el país y, fundamentalmente, en la región del litoral, tal como se percibe en el siguiente fragmento:

> Que el enfermo sea tenido en cuenta como un conjunto armónico de funciones somáticas y psíquicas, pero que no se olvide que las personas tampoco son entes de razón, sino individuos integrados en una colectividad que es la familia, como ésta, a su vez, lo está en el medio social que nos abarca y nos comprende a todos (Rapela, 1954: 13).

La FHyMP orienta sus acciones a "formar técnicos al servicio de la sanidad pública", y "colaborará decididamente a que se cumplan los objetivos de la racionalización administrativa del Gobierno y del Estado" (*Anales de Medicina Pública*, 1953). Para alcanzar estos logros, además, se recurre al *adoctrinamiento* del alumnado, que en su mayoría integran las estructuras del Estado: esto se hace desde el espacio de la cátedra libre de Sanidad Justicialista, creada por Resolución n.° 20 de 1951, en la que se reconoce a la FHyMP como "el organismo específicamente habilitado para estudiar y difundir los principios doctrinarios y estimar las realizaciones prácticas del Gobierno Justicialista mostrando la realidad argentina en su magnífico esfuerzo por elevar el nivel

físico y moral del pueblo de la República" (*Anales de Medicina Pública*, 1951: 462). Desde este espacio se realizan actividades en territorio, y es ocupada por las personalidades más destacadas del ámbito nacional y local. Cuenta con el antecedente de la cátedra Defensa Nacional, cuya meta es:

> [...] reunir a los hombres de ciencia amantes de su suelo y de su pueblo, que estén dispuestos a colaborar no solo en pos de la prevención de enfermedades sino en elevar la calidad de vida del colectivo y fortalecer el sentimiento nacional. Además de posibilitar que la juventud universitaria pueda compenetrarse en los ideales permanentes de la nacionalidad, ideales conjugados en función de la libertad y de la independencia que la Patria conquista diariamente (García, 1949: 448).

Las huellas del rol que la Facultad cumple dentro de la política pública quedan en el editorial del número en el que se conmemora su quinto aniversario:

> Hija de la revolución es esta casa y obra del insigne conductor de los argentinos, el General Perón, su concreción y aliento. Sin una profunda revisión de los valores tradicionales en relación con la medicina individualista y sin un claro planteo de las necesidades populares, no hubiese podido nacer nunca. La lógica era sin embargo tremante: si para estudiar la enfermedad de un individuo se requiere ciclos de preparación especial que da el graduado en medicina, para preservar de la enfermedad a toda la colectividad y perfeccionar la salud de amplios sectores sociales, se requerirá, indudablemente algún bagaje mayor o también específico. El pequeño o gran bagaje de conocimiento, disciplinas y técnicas, constituye la esencia de esta Casa (*Anales de Medicina Pública*, 1951: 7).

El cuerpo docente está convencido de las dos funciones que deben darse en la universidad. Por un lado, la de enseñar, destinada a formar profesionales, y, por el otro, la de aprender. Esta última actividad debe proceder de la investigación a fin de permitir derribar

el colonialismo científico del aula y así evitar autores extranjeros a la hora de citar datos de medicina pública, ya que se cuenta con la información local que permite explicar la realidad.

A partir de los sucesos de 1955, se inicia un proceso en el que se interrumpe esta labor: se suspenden progresivamente algunas actividades, se desafecta a docentes y se la desmantela físicamente, tras lo cual la intervención le quitó el rango de facultad en 1958. Va a continuar funcionando como un organismo más reducido y con menor asignación presupuestaria: se trata de la Escuela para Técnicos para la Sanidad (Resolución del HCS del 11/1/1958), que funciona bajo la órbita de Rectorado. Después, recibirá la denominación de Escuela de Sanidad y se le dará el nombre de "Dr. Ramón Carrillo" durante la tercera presidencia de Perón en 1974.

Revista *Anales de Medicina Pública*

La universidad *peronista* se asume como la responsable de una ciencia nueva, tal como ya se hizo referencia a la nueva perspectiva de salud, la cual no solo se basa en conocimientos científicos, sino en poner estos a disposición del pueblo y según como está previsto en la Ley n.° 13.021 de 1947, donde se establece un nuevo estatuto universitario. En el pensamiento del Prof. Escarra (1952) –titular de la cátedra de Higiene Industrial de la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva de la Universidad Nacional de Litoral–, las disciplinas sanitarias que se imparten en los claustros universitarios deben ser parte de un plan político integral "*en mérito a los objetivos de la medicina pública*". Para esto también es necesario contar con un dispositivo no solo de divulgación de temas científicos, sino también que abogue por ideas políticas. Es en este contexto en que se comprende la publicación de la revista *Anales de Medicina Pública*,

de la cual el primer volumen aparece en 1949 y el último, en junio de 1955.

Los primeros números están dirigidos por el Dr. Lorenzo García, quien ocupa el cargo de delegado organizador de la Facultad y también es profesor titular de la cátedra Geografía Sanitaria. La publicación cuenta con un comité asesor integrado por los Dres. Alberto Zwanck, Carlos Alvarado, Azzo Azzi, Germinal Rodríguez y Hernán Romero, y se desempeñan como redactores los Prof. Juan Moroder e Italo Peragalo. Todos son docentes de la Facultad, autores de la mayoría de los artículos publicados y funcionarios de la provincia.

Entre los autores, también se encuentran invitados representantes de otras instituciones destacadas del ámbito sanitario y en relación con la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva: así están el Dr. Luis Lepera, quien fuera médico higienista y director técnico de Higiene Pública del Ministerio de Salud Pública de la Nación. También Dr. Luis Najera y el Dr. Jun Dalma, ambos de la Universidad Nacional de Tucumán.

En el primer tomo, se enuncian los siguientes propósitos:

> […] el afán es servir a los intereses permanentes de la comunidad argentina y continental, con el aporte de las investigaciones y estudios relativos a las ciencias de la salubridad. Será un vínculo de unión entre quienes trabajan desde distintos planos por un acercamiento de la medicina clásica al ordenamiento que supone la medicina integral, cuyos móviles no son únicamente los inmediatos de sanación del enfermo, sino que contempla además los ulteriores de recuperación sin secuelas y la prevención de nuevas caídas por la aplicación de los exámenes periódicos de salud y el controlador de este bien en la sociedad toda (*Anales de Medicina Pública,* 1949: 2).

Los tomos se organizan con los siguientes criterios: en las primeras páginas de cada número, se encuentra el apartado llamado “Editorial”, que aborda el tema de ese

momento o refleja la ideología de la publicación; le sigue una sección de "Trabajos originales" cuyos autores son preferentemente los docentes de la facultad; "Síntesis crítica" es un apartado en el cual no solo se lee a autores locales, sino también a invitados que realizaban investigaciones en otros puntos del país o Latinoamérica; "Revistas de revistas" o "Revistas de libros" consta de una presentación o comentarios de las últimas publicaciones en materia sanitaria; por último, cada publicación se cierra con las crónicas, las que sintetizan la información sobre distintos temas de interés para y sobre la institución: desde la participación de profesores y alumnos en un congreso, concursos, anuncio de conferencias dictadas en la Facultad y la justificación política de muchas de las acciones que se realizan –por ejemplo, hay referencias a la inauguración del Centro de Salud Universitario dependiente de esta Facultad–. Además, en esta misma sección, se enumera –año a año– la nómina de graduados de los distintos cursos.

De la lectura de los distintos tomos disponibles, se vuelven tangibles los siguientes ideales:

> […] revertir el desconocimiento de los problemas sanitarios y adquirir una madura administración de estos en la organización estatal. A la investigación le sucederá otra etapa en la cual habrá que tomar responsabilidad de dotar al país de los agentes destinados a defender la salud de las comunidades, porque ya habrá lugar para ellos. Cuando llegue ese momento la universidad argentina estará en condiciones de elegir lo que debe enseñar, sabrá bien lo que enseñe y tendrá quien lo pueda enseñar (*Anales de Medicina Pública*, 1950).

Los temas que se desarrollan en los distintos artículos guardan relación con las prioridades que la OMS establece durante la celebración de la Primera Asamblea Mundial de la Salud (1948): se refiere al paludismo, la salud materno-infantil, la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, la nutrición y el saneamiento ambiental. A estos asuntos se les suma el interés por la salud obrera, tema

relevante en el gobierno nacional. En las publicaciones se comprueba una y otra vez que el fin es la difusión del conocimiento sanitario, con una tendencia a valorar la salud y a suprimir los riesgos de enfermedades, sean estos productos de factores directos (gérmenes) o de factores indirectos (errores de alimentación, higiene de la vivienda, vestido, trabajo, deportes).

A continuación, de forma sintética, se presentan los temas con mayor frecuencia publicados y se los articula con la política nacional.

El trabajo en las fábricas y la salud de los trabajadores son aspectos sobresalientes del II Plan Quinquenal y presentados como fundamentales para la Nueva Argentina. Por esta razón, la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva de la Universidad Nacional del Litoral cuenta con la única cátedra en el país de Higiene Industrial, cuyo titular es Enrique Escarra, quien no solo imparte clases, sino que investiga y publica. Su cátedra cuenta con un convenio con el Ministerio de Salud Pública y Trabajo de la provincia de Santa Fe, que le permite participar en la resolución de problemas inherentes a la sanidad del trabajo. Algunos de los títulos publicados que respaldan sus ideas son: "Examen médico de admisión a la industria" (Escarra, 1949); "Prácticas administrativas sanitarias en la industria santafesina" (Escarra, 1950); "El trabajo y la fatiga" (Lepera, 1951); "Evolución del concepto social y sanitario del trabajo" (Escarra, 1951); "Segundo Plan Quinquenal y organización sanitaria del trabajo" (Escarra, 1953); "Accidente de trabajo, epidemiología y salud pública" (Wachs, 1954); "Bases para la organización de una agencia provincial de higiene, seguridad y medicina preventiva del trabajo, en el 2do Plan Quinquenal" (Escarra, 1954); y "Medio ambiente de trabajo y productividad" (Wachs, 1955), entre otros.

De igual modo, y dado que se trata de salud pública y ya no de una medicina individualista o biológica, sino de una nueva concepción de la medicina que comprende al hombre como ser social, "que abarque y factoree las causas

de bienestar como de enfermedad que le ofrece el comundo social" (García, 1954), numerosos son los artículos que abarcan las dimensiones ambientales: "Geografía sanitaria" (García, 1949); "Modernas plantas de tratamiento de líquidos servidos" (Di Muro, 1950); "Consideraciones sobre organización y administración del saneamiento del medio ambiente en el orden principal" (Wachs, 1953); y "Lucha antimosca. Consideraciones sobre la campaña realizada en Santa Fe durante la temporada 1953-1954" (Wachs, 1954). Este último tema fue muchas veces reclamado y desarrollado en la prensa local. Dentro de la dimensión ambiental, otro aspecto de relevancia en la doctrina justicialista es el de la vivienda obrera, tema que articula la preocupación por el mundo del trabajo y el medio ambiente doméstico del trabajador, razón por la que la revista es eco de esto con títulos como "Vivienda y educación sanitaria" (Di Muro, 1955).

Se reiteran a lo largo de las publicaciones referencias a la niñez. Se debe tener en cuenta que el peronismo lleva adelante una política reformista que tiene la necesidad de crear leyes e instituciones para proteger a las madres y a sus hijos e implementa acciones para combatir la mortalidad infantil (Ramacciotti y Biernat, 2008). La situación de la niñez en la provincia es preocupante y se la puede dimensionar en las propias palabras de Menchaca:

> La mortalidad infantil que en 1933 es de 87,2 por mil nacidos vivos, en 1953 es de 65,1… En la provincia de Santa Fe la mortalidad infantil, en 1940, es de 75 por mil nacidos vivos y en 1956 es de 46 (Lazarte, 1960: 1).

Como parte del engranaje dispuesto a revertir la realidad de los niños de la nación, se publican diversos artículos: "Valoración de la eficiencia de un internado de inmaduros" (Menchaca, 1950), "Contribución al perfeccionamiento de la estadística vital de la infancia" (Menchaca, 1951); "La educación sanitaria en la práctica pediátrica. Consideraciones generales" (Menchaca, 1953); "El pediatra práctico en la

organización sanitaria escolar" (Aizemberg, 1953); "Problemas de las enfermedades infecciosas agudas comunes a la infancia en la provincia de Santa Fe" (Caffer y Birollo, 1953), "Educación sanitaria en las prácticas pediátricas. Consideraciones generales" (Menchaca, 1953) y "Mortalidad infantil en la provincia de Tucumán" (Caffer y Alzogaray, 1951).

Otra de las especialidades relevantes para el sistema de salud argentino es la medicina bucodental, que toma un lugar destacado en la infancia escolarizada y el cuidado de la salud. Dado que en la FHyMP se dicta el curso de odontólogos sanitarios, también se publican artículos sobre el tema: "Experiencia de caries en la población escolar de la ciudad de Santa Fe y la localidad de Santo Tomé" (Molina, 1952); "Comentarios de los datos de un examen dental realizado en la ciudad de Esperanza (provincia de Santa Fe)" (Heer y Gómez Galissier, 1953); "Estudio de relación flúor-caries y fluorosis dental" (Herr y Gómez Galissier, 1955).

En los volúmenes que corresponden a los años 1951 y 1952, se observa la centralidad de un tema, el cáncer. Esta enfermedad se sitúa como problema sanitario y como objeto científico en la Argentina desde las primeras décadas del siglo XX. En esta oportunidad, se afirma que la manera de combatir el cáncer es a través de la prevención y la detección temprana. Ramón Carrillo (1949) define al cáncer como "un problema social que puede ser eficazmente resuelto, para lo cual se requería de institutos a lo largo de todo el país que pudieran abordarlo" (Carrillo, 1949: 210). Uno de los puntos geográficos en los que se habilita un centro oncológico es la ciudad de Santa Fe, y por tal motivo la FHyMP no puede permanecer ajena al tema. Los artículos que se presentan son: "Educación sanitaria en la lucha contra el cáncer" (Aizemberg, 1951); "Las subsustancias cancerígenas y la conservación de alimentos" (Najera, 1951); "Bases para la creación, organización y funcionamiento de un instituto regional oncológico" (Fiori, Dumont y Ferraro, 1951); "Lucha contra el cáncer (Dumont, 1952); Acción

médico-asistencial en la lucha contra el cáncer" (Dumont, 1952); y "La ficha oncológica" (Dumont y Fiori, 1952).

El curso de Administración Hospitalaria es uno de los más numerosos, situación que justifica la presencia de artículos sobre este aspecto de la gestión sanitaria: "El rendimiento y el costo del trabajo sanitario. Su estimulación y su fiscalización" (Moroder, 1949); "Planificación sanitaria" (García, 1949); "Ordenamiento de criterios acerca del Centro de salud" (Menchaca, 1950); y "Concepto de integración en los planes y construcciones sanitarias" (Menchaca, 1952).

Respecto a la prostitución, Ramón Carrillo la concibe desde la complejidad que requiere: como problema histórico, económico, político, sanitario y sociológico. En cuanto problema de salud pública, involucra la transmisión de enfermedades venéreas, que –en palabras de Carrillo– tiene sus aspectos sociales a tal punto que, en el capítulo VII de la obra mencionada, se pregunta: "¿Desaparecerán las enfermedades venéreas por obra de la Higiene Social bien organizada?" (Carrillo, 1949: 46). La revista le da lugar a este interrogante e incluye entre sus publicaciones los siguientes trabajos: "La importancia del problema venéreo en la provincia de Santa Fe" (Moroder, 1949); "La investigación epidemiológica de los contactos en la lucha antivenérea" (Moroder, 1949); "Nuevos tratamientos de la sífilis y los métodos para su valoración" (Moroder, 1949); y "Aspectos prácticos del diagnóstico y tratamiento de la sífilis y de la gonorrea desde el punto de vista del sanitario" (Moroder, 1954).

Cuando en 1951 aparecen en distintas ciudades argentinas (entre ellas Santa Fe) brotes esporádicos de poliomielitis,, surge el interés por recabar información científica sobre ella. La revista ya había publicado los siguientes títulos: "Los problemas epidemiológicos de la poliomielitis" (Moroder, 1949) y "Epidemiología de la Poliomielitis en la Provincia de Santa Fe" (Caffer, Alzugaray y Sierra, 1950). Les sigue "La vacuna Salk" (Menchaca, 1955).

Quedan otros títulos cuyos temas no tienen frecuencia en las presentaciones, pero permiten inferir otras acciones sanitarias en la provincia: "Chagasosis o enfermedad de Chagas" (Najera, 1950); "Sobre desviaciones mentales colectivas por contagio psíquico" (Jun Dalma, 1952); "El problema de la tuberculosis en la Provincia de Santa Fe" (Caffer y Birollo, 1952); "Consideraciones elementales de la lucha antituberculosa" (Dumont, 1953); "El problema del tétanos en la Provincia de Santa Fe" (Caffer y Birollo, 1954); "Evaluación epidemiológica del problema de la lepra en la provincia de Santa Fe" (Caffer, Sierra y Birollo, 1955).

Con la denominada "Revolución Libertadora" (1955), se inicia lo que Salomón describe como un periodo de "desperonización" de la Universidad Nacional del Litoral (Salomón, 2014: 15). La última publicación es la que corresponde a enero-junio de 1955. Tres años después, durante el primer semestre de 1958, y en el ámbito de la Escuela de Técnicos para la Sanidad, resurge la publicación con el nombre de *Anales de Sanidad*, conservando su organización original.

Conclusiones

En este breve recorrido histórico, es posible apreciar los lazos entre la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva y el proyecto político nacional. Esta institución de estudios superiores surge como un dispositivo que articula la matriz sanitaria con la política educativa e investigativa justicialista. Su creación se fundamenta en la complementariedad del Primer Plan Quinquenal (1946-1952) y cobra mayor relevancia durante el Segundo Plan Quinquenal (1952-1955); por esta razón, se la considera un

> instituto de docencia, investigación y servicio creado para dar cumplimiento al objetivo de perfeccionar los conocimientos de los egresados del área de salud, tendientes a apoyar los programas destinados al bienestar de la población, instaurar

> normas de la cultura higiénica, preservar los daños evitables que abundan en nuestra comunidad –procurando superar la media vital–, evitar las muertes prematuras, las enfermedades crónicas o invalidantes, la incapacidad para el trabajo, la recreación y la concurrencia al progreso social (Expte. 21.4653, 1974: s/p).

Entonces, es posible advertir que –además de impartir clases en las aulas– otro ámbito que se pone al servicio del proyecto político es la divulgación de temas sanitarios por medio de la revista *Anales de Medicina Pública*, la que se aboca no solo a informar sobre las acciones de las cátedras, departamentos o institutos de la Facultad, sino a la cimentación de las ideas políticas del proyecto nacional.

Para concluir, solo resta decir que se considera que ambas –tanto la Facultad como la revista– fueron concebidas en el despliegue de un conjunto heterogéneo de prácticas discursivas y no discursivas, es decir, en una red de relaciones saber-poder destinada a comprender, analizar, investigar y proponer soluciones a los problemas de la salud colectiva según una racionalización administrativa del Gobierno y del Estado.

Fuentes

Revista *Anales de Medicina Pública* (1949). Vol. i, marzo a diciembre, n.º 1 a 4, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral.

Revista *Anales de Medicina Pública* (1950). Vol. II, marzo a diciembre, n.º 1 a 4, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral.

Revista *Anales de Medicina Pública* (1951). Vol. III, enero a diciembre, n.º 1 a 4, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral.

Revista *Anales de Medicina Pública* (1952). Vol. IV, enero a diciembre, n.º 1 a 4, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral.

Revista *Anales de Medicina Pública* (1953-1955). Vol. V al VII, marzo a diciembre de 1953, n.º 1 a 4, enero a diciembre de 1954, n.º 1 a 4, enero a junio de 1955, n.º 1-2, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral.

Bibliografía

Asociación Docentes Escuela de Sanidad (1997). *Historia de la Escuela Superior de Sanidad con motivo de su 50.º aniversario*. Inédito.

Bacolla, Natacha Cecilia (2015). Nuevas capacidades estatales para una sociedad transformada. Instituciones y políticas sanitarias en la provincia de Santa Fe primera mitad del siglo XX. *Trabajos y Comunicaciones,* (44), 1-23. Recuperado de bit.ly/3b0ptF1.

Biernat, Carolina y Ramacciotti, Karina (2008). La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación y cuadros técnicos (1936-1955). *História, Ciências, Saúde–Manguinhos,* 15(2), 331-351.

Caffer, V. y Alzogaray, D. (1951). Mortalidad infantil en la provincia de Tucumán. *Anales de Medicina Pública,* Vol. III, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, 125-139.

Caffer, V. y Birollo, H. (1952). El problema de la tuberculosis en la Provincia de Santa Fe. *Anales de Medicina Pública,* Vol. IV, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, 91-109.

Carrillo, Ramón (1949). *Política sanitaria argentina*. Tomo I y II. Buenos Aires: Ministerio de Salud Pública de la Nación.

Dercoli, Julián (2013). Las leyes universitarias del primer peronismo. Hacia una nueva forma de producción del conocimiento. XIV Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.

Di Muro, H. (1955). Vivienda y educación sanitaria. *Anales de Medicina Pública*, Vol. VII, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, 51-56.

Dumont, Alberto (1952). Acción médico asistencial en la lucha contra el cáncer. *Anales de Medicina Pública*, Vol. IV, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, 39-43.

Dumont, Alberto (1952). Lucha contra el cáncer. *Anales de Medicina Pública*, Vol. IV, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, 379-413.

Escarra, Enrique (1953). *Segundo Plan Quinquenal y organización sanitaria del trabajo.* Universidad Nacional del Litoral: Santa Fe.

García, Lorenzo (1951). Editorial en conmemoración el quinto aniversario de la Facultad de Higiene y Medicina Pública. *Anales de Medicina Pública,* 1, Santa Fe, Universidad Nacional del Litoral.

García, Lorenzo (1954). Las Escuelas de Salud Pública. *Anales de Medicina Pública,* 5, Santa Fe, Universidad Nacional del Litoral.

Herr, A. y Gómez Galissier, B. (1955). Estudio de relación fluor-caries y fluorosis dental. *Anales de Medicina Pública,* Vol. VII, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, 69-75.

Lazarte, Juan (1960). *Panorama sanitario y asistencial del país.* Recuperado de bit.ly/3sodHd6.

Menchaca, F. (1951). Contribución al perfeccionamiento de la estadística vital de la infancia. *Anales de Medicina Pública,* Vol. III, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, 113-124.

Molina, H. (1952). Experiencia de caries en la población escolar de la ciudad de Santa Fe y la localidad de Santo

Tomé. *Anales de Medicina Pública,* Vol. IV, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, 279-294.

Moroder, J. (1949). Los problemas epidemiológicos de la poliomielitis. *Anales de Medicina Pública,* Vol. I, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, 55-62.

Moroder, J. (1949). Nuevos tratamientos de la sífilis y los métodos para su valoración. *Anales de Medicina Pública,* Vol. I, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, 373-400.

Moroder, J. (1949). La investigación epidemiológica de los contactos en la lucha antivenérea. *Anales de Medicina Pública,* Vol. I, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, 191-208.

Moroder, J. y Monella, E. (1949). La importancia del problema venéreo en la provincia de Santa Fe. *Anales de Medicina Pública,* Vol. I, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, 27-37.

Najera, L. (1951). Las sub-sustancias, cancerígenas, y la conservación de alimentos. *Anales de Medicina Pública,* Vol. III, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, 79-89.

Perón, Juan Domingo (1949). Clausura del Primer Congreso Americano de Medicina del trabajo. En *Discursos, mensajes, correspondencia y escritos*. Buenos Aires: Biblioteca del Congreso de la Nación. Recuperado de bit.ly/3tdoQ17.

Ramacciotti, Karina (2009). *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires: Biblos.

Rapela, Raúl (1954). *La influencia de la Universidad en el Litoral argentino.* Buenos Aires: Museo Mitre. Recuperado de bit.ly/3afsXmz.

Salomón, Pablo (2014). Intervención, desperonización y elencos de gobierno. La Universidad Nacional del Litoral entre 1955-1958. *Papeles,* 1(15), 13-33.

Veronelli, Juan Carlos y Veronelli Correch, Magalí (2004). *Los orígenes institucionales de la Salud Publica en la Argentina.* Buenos Aires: OPS/OMS.

Wachs, Alberto M. (1954). Accidente de trabajo, epidemiología y salud pública. *Anales de Medicina Pública,* Vol. VI, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, 89-99.

Wachs, Alberto M. (1955). Medio ambiente de trabajo y productividad. *Anales de Medicina Pública*. Vol. VII. Santa Fe. Argentina. Universidad Nacional del Litoral, 77-82.

Fragmentación territorial y organización sanitaria

Santa Fe en el primer tercio del siglo XX

VIVIANA BOLCATTO

A manera de introducción

La Argentina del primer tercio del siglo XX es un país que se ha transformado significativamente respecto a la centuria anterior. Las ventajas comparativas del clima y el suelo, sumadas a la superación de la conflictividad interna y la consecuente organización de la vida política, así como al avance de las fronteras territoriales, favorecieron su incorporación al mercado internacional como país agroexportador y propiciaron la inversión de capitales y el arribo y la radicación de millones de inmigrantes que terminaron por modificar el paisaje del país en ciernes.

Al interior nacional, la provincia de Santa Fe fue un claro ejemplo de este proceso de transformación estructural de la región litoral argentina. Su ubicación geográfica y las condiciones naturales la posicionaron como un lugar estratégico para el desarrollo de actividades agrícolas y ganaderas y para la instalación de vías de transporte fluvial y ferroviario de relevancia fundamental para la comunicación y el comercio. Sin embargo, el crecimiento del territorio no se dio en un sentido homogéneo.

La configuración y ocupación del espacio, el poblamiento, la actividad económica implementada, la comunicación con otros asentamientos y la organización social terminaron por marcar diferencias significativas al interior

provincial. Estas diferencias cristalizaron desde tiempos remotos en el surgimiento de dos ciudades que, a la larga, sellaron diferencias y se legitimaron como hegemónicas. Paralelamente al crecimiento de estos centros urbanos, el territorio santafesino creció fragmentado en tres regiones geográficas –norte, centro y sur– como resultado de la sedimentación de desigualdades económicas, sociales y políticas producidas en el devenir histórico. Si bien esta fragmentación territorial no llegó a institucionalizarse en términos administrativos, terminó por sellar su impronta en la estructura estatal, incluida la organización de las instituciones sanitarias.

El objetivo de este trabajo es reflexionar en torno al devenir de la configuración espacial del territorio provincial y su impacto en la organización del aparato estatal sanitario en el primer tercio del siglo XX. Nos interesa particularmente analizar el surgimiento de Santa Fe y Rosario como ciudades hegemónicas, su vinculación con la fragmentación de las regiones geográficas norte, centro y sur y el definitivo vínculo con el sistema de sanidad estatal que se instauró en la provincia.

Una provincia que crece fragmentada

Desde tiempos remotos, el territorio de lo que luego sería la provincia de Santa Fe ocupó un lugar significativo al interior del país. La ciudad homónima –fundada en el siglo XVI y capital provincial– fue puerto obligado, durante la época colonial, del circuito que unía Potosí con Asunción o Buenos Aires. En el siglo XVII, la Corona la declaró puerto preciso, privilegio que la autorizó a recibir impuestos de las embarcaciones que circulaban por sus ríos. En este sentido, la ciudad se vinculó desde antaño con actividades gubernamentales y administrativas. Más tarde, a mediados del siglo XIX, la proximidad geográfica a la ciudad de

Paraná, sede de la Confederación Urquicista, convirtió a la ciudad de Santa Fe en una delegación política que, bajo la mirada atenta de Urquiza, participó en las discusiones de la política nacional.

Otra ciudad que creció durante esta época fue Rosario. Los enfrentamientos entre Buenos Aires y la Confederación obligaron a la apertura de los ríos interiores y convirtieron a la ciudad ubicada en el sur provincial en el primer puerto de la Confederación Urquicista. En poco tiempo avanzó el reconocimiento del lugar estratégico del puerto de Rosario, beneficiado por sus condiciones geográficas, como las altas barrancas y el cauce profundo del río, a su vez barreras naturales contra la inundación[1].

Paralelamente al crecimiento de las ciudades de Santa Fe y Rosario, el avance en la comunicación y el comercio, el asentamiento de familias en colonias agrícolas y el desarrollo de productos agropecuarios destinados a la exportación dinamizaron en forma insospechada la economía de la región del litoral, a la vez que poblaron gran parte del territorio provincial. Según datos de los censos nacionales[2], la población santafesina pasó de 89.117 habitantes en 1869, a 397.188 en 1895 y 899.640 en 1914. La mayoría de sus habitantes se concentraron en Santa Fe y Rosario, únicas ciudades que excedieron los 10.000 pobladores durante el período 1869-1895. Sin embargo, el crecimiento demográfico y la urbanización no se desarrollaron en forma equitativa en ambas ciudades.

Respecto al poblado del sur provincial, en poco tiempo dejó de ser un rancherío para convertirse en ciudad.

---

1 Para ampliar, véase Barriera, Darío (2012). Santa Fe colonial. En Macor, Darío (dir.). *Signos santafesinos en el bicentenario*. Santa Fe: Gobierno de Santa Fe; Bonaudo, Marta (2006). *La organización productiva y política del territorio provincial (1953-1912).* Nueva Historia de Santa Fe. Tomo 6. Rosario: Prohistoria.

2 Para los datos de los censos, hemos tomado como referencia el IV Censo General de la Nación (1947). Tomo I Censo de Población, Buenos Aires: Dirección Nacional del Servicio Estadístico; IPEC (2008). *Informe elaborado por el Instituto de Estadísticas y Censos*. Santa Fe: Gobierno de Santa Fe.

Rosario pasó de 50.914 habitantes en 1887[3] a 91.669 en 1895 y a 222.592 en 1914; es decir, su población aumentó cuatro veces en 27 años. Por su parte, la ciudad de Santa Fe también incrementó su número –aunque con una densidad menor–, pasando de 14.206 habitantes en 1887 a 22.244 en 1895, y llegó a cerca de 60.000 en 1914. Si bien la población capitalina se duplicó entre 1895 y 1914 e incrementó su peso en la intermediación mercantil y en las actividades de producción agropecuaria, sus cifras demográficas nunca igualaron a la ciudad del sur.

Al crecimiento exponencial aunque desparejo de las ciudades de Santa Fe y Rosario, reflejado en la variable demográfica, pronto se le sumaron otras cuestiones que culminaron por sellar más disimilitudes entre ambas.

Como adelantamos previamente, la ciudad capital creció básicamente como una ciudad estatal con un desarrollo significativo de la burocracia. El peso del Estado y las actividades burocráticas avanzaron en el desarrollo del sistema combinado de transportes ferroviario y portuario para la exportación de la producción maderera –proveniente del norte provincial– y cerealera sin abandonar la imagen colonial de sus orígenes.

La organización y el control del poder en el ámbito capitalino estuvieron a cargo de las redes parentales, donde los vínculos personales y una estructura jerárquicamente organizada terminaron por definir a las familias de gobierno. Estas se legitimaron a través de los conocimientos recibidos en las Facultades Mayores del Colegio de la Inmaculada Concepción, donde, según ley provincial de 1868, se impartía el estudio del derecho con el propósito de responder a la demanda de profesionales estatales para una burocracia en expansión (Bonaudo, 2012).

---

3 El I Censo Nacional de 1869 registró como urbana a toda la población que vivía en un centro poblado sin tener en cuenta la cantidad de habitantes. Por esta razón, hemos optado por incorporar los datos suministrados por el I Censo Provincial de 1887 a los fines de tener más precisión con respecto a los datos de las ciudades de Santa Fe y Rosario.

La tradición, la fortuna, el estilo de vida constituyeron los pilares de la élite de la capital provincial que terminó por atrincherarse en vínculos cerrados de sociabilidad con características *premodernas.* Darío Macor (1995) propuso el concepto de "modernidad aldeana" para referirse al mundo urbano de la ciudad capital, donde los sujetos sociales y políticos de la época construyeron la trama de sus días rehaciéndose en una modernidad que parecía no requerir el abandono abrupto de su imagen colonial, de la aldeanidad.

En oposición a la tradición capitalina, Rosario creció y se modernizó desmesuradamente en pocos años. En sus orígenes, la ciudad surgió como un pequeño poblado que funcionaba para abastecimiento y refugio, una posta o lugar de paso en el camino que unía a Buenos Aires y Santa Fe. Hacia 1902, con las obras de modernización de su puerto, Rosario llegó a ocupar el segundo lugar del país detrás del puerto de Buenos Aires. El avance de las vías ferroportuarias potenció a la ciudad del sur en el eje comercial. Asimismo, vinculó el desarrollo del interior de la provincia con el contexto nacional e internacional como punto de partida de cereales y entrada de manufacturas.

La vida económica, social y política giró en torno al puerto. Este marcaba el pulso de la ciudad (Prieto, 2010). Asimismo, el desarrollo comercial favoreció la consolidación de la burguesía rosarina como un grupo de reconocida heterogeneidad étnico-nacional y de implantación multisectorial. Desde una posición económica y social privilegiada, esta minoría organizada creció conjuntamente con el proceso de modernización urbana. Desde sus orígenes, se vio obligada a constituirse y legitimarse en una sociedad sin jerarquías estables, cuya pertenencia definiría los privilegios y las obligaciones, en un contexto intelectual y cultural de recambio continuo de individuos y de grupos sociales. La pertenencia dependía fundamentalmente de la posesión de algún mérito individual reconocido por los demás miembros de la sociedad, como la acumulación de riquezas, las relaciones sociales, el prestigio y el poder (García, 2005).

El liderazgo económico y la pujante sociedad rosarina terminaron por sellar la impronta de la ciudad portuaria con una identidad política propia. La crítica hacia el régimen de gobierno oligárquico y al sistema electoral, el énfasis en el accionar del municipio, el surgimiento de un partido de condición progresista como la Liga del Sur (1908) –posteriormente transformado en Partido Demócrata Progresista (1914)– y la figura de Lisandro de La Torre, entre otros, posicionaron a la ciudad de Rosario como estandarte del demo-progresismo. La identidad política partidaria sumó otro elemento de diferenciación con la ciudad capitalina donde predominó el radicalismo, a través de sus diferentes facciones, al menos desde 1912 (Carrizo, 2018).

Hasta aquí, podemos aseverar que, en lo que respecta a Santa Fe y Rosario, la configuración y ocupación del espacio, el crecimiento demográfico, el avance en la urbanización, las actividades productivas, la constitución y legitimación de una identidad partidaria entre la élite local sellaron perfiles económicos, sociales, políticos, ideológicos particulares en ambas ciudades destinados a perdurar. Pero la diferenciación no se circunscribió a los límites de cada espacio urbano y a las vinculaciones que cada una de ellas estableció con los poblados más cercanos, sino que avanzó en sus intenciones de predominio hegemónico sobre el resto del territorio provincial. A la larga, Santa Fe y Rosario se convirtieron de hecho en cabeceras de las regiones norte, centro y sur respectivamente, a las cuales nos referiremos más adelante.

Volviendo al territorio provincial, otros centros urbanos también crecieron, aunque no en la misma dimensión que las ciudades de Santa Fe y Rosario. Hacia 1895 existían doce poblados con una concentración demográfica que oscilaba entre 400 y 1.000 habitantes, ubicados en las áreas de las colonias agrícolas, de los departamentos Las Colonias, San Jerónimo, San Javier y San Lorenzo (Bonaudo, 2006: 22).

Más allá de esta incipiente urbanización, hacia mediados del siglo XIX, la provincia se organizó administrativamente en departamentos que fueron modificándose a lo largo del siglo XIX. En 1869 existían solo cuatro departamentos: La Capital (que comprendía los actuales departamentos Vera, San Justo, Las Colonias, Castellanos, San Cristóbal, 9 de Julio y La Capital propiamente dicho), Rosario (que abarcaba los actuales departamentos de San Lorenzo, Caseros, General López, Constitución y Rosario), San José (que comprendía Garay, San Javier y Reconquista) y San Jerónimo (que comprendía San Martín, Iriondo, Belgrano y San Jerónimo). En 1883 el número de departamentos se elevó a nueve y en 1890 a dieciocho (IV Censo General de la Nación, 1969: 373), cantidad que se mantuvo a lo largo del período que comprende nuestro trabajo. Actualmente, suman diecinueve los departamentos existentes. Estos tienen funciones estadísticas y electorales. Según la Constitución Provincial del año 1900, cada departamento elegía un senador, mientras que el número de diputados dependía de la cantidad de habitantes. La cantidad de diputados y senadores componían una Junta de Electores que designaba al gobernador de la provincia. La importancia política que se le asigna a la unidad departamental da cuenta de la puja entre las regiones norte, centro y sur por contener en su interior la mayor cantidad de departamentos posible a los fines de contar con mayoría en el escenario parlamentario y tener peso en la elección del poder ejecutivo.

Fuera de esta división administrativa departamental, existió al interior provincial, una marcada fragmentación geográfica desde épocas coloniales que se expone también en los años en que se centra este trabajo. La fragmentación a la que aludimos fue parte de investigaciones de la década de los sesenta y, si bien no se institucionalizó en términos administrativos, selló su impronta en la historiografía posterior. Estudios histórico-geográficos pioneros (Gallardo, 1961; Gallo, 1963, 1965, 1983) reconocen una división geográfica regional en norte, centro y sur, diferenciables

en su configuración histórica, demográfica, económica y sociopolítica, los cuales identificaremos sintéticamente a continuación.

Inicialmente, podemos identificar los territorios de la región norte, conformada por los actuales departamentos de 9 de Julio, Vera, General Obligado, San Javier y Garay, los que fueron ganados a la dominación indígena en una colonización más tardía que el resto de la provincia y mantuvieron una densidad demográfica más baja que las regiones del centro y el sur. En esta zona, la explotación del quebracho colorado para la extracción de tanino, impulsada por inversiones extranjeras, alentó la radicación y el aumento de la población hacia comienzos del siglo XX. Por ejemplo, en 1914 había en Vera alrededor de 27.716 obrajeros[4], peones de playa y carreros, y 32.964 en General Obligado (Bonaudo, 2006: 44)[5].

La región centro comprende los departamentos de San Jerónimo, San Martín, Castellanos, Las Colonias, La Capital y San Cristóbal y se caracterizó por el desarrollo de actividades agrícolas y ganaderas con marcadas diferencias en relación con Buenos Aires. En un país pecuario, caracterizado por la existencia de grandes haciendas, resultó original el sistema de colonias agrícolas promovido en Santa Fe, que incentivó el asentamiento de la mediana y pequeña propiedad rural, de agricultores formalmente independientes (Gallo, 1965). Con la intención de poblar y poner en producción amplias extensiones de tierras, la

---

4 Nombre genérico utilizado para los trabajadores del obraje. Algunas veces la denominación incluye distintas actividades, por ejemplo, hachero, labrador (Jasinski, 2013).

5 Alejandro Jasinski (2013) reconstruye el mundo de La Forestal con datos obtenidos de descripciones e informes de actores de la época (delegados de la FORA, personal del Departamento Nacional de Trabajo, diputados). El autor afirma que, a la mano de obra proveniente de migraciones de Corrientes, Córdoba, Entre Ríos y Paraguay, se le sumó una parte significativa de población indígena forzada a incorporarse como asalariados en las actividades productivas de la región luego de las actividades militares de 1911 del Chaco y de 1919 en Formosa.

colonización constituyó una modalidad de ocupación del territorio que articuló propiedad y trabajo familiar. Si bien el éxito de estos emprendimientos dependió de la coincidencia de intereses entre el Estado provincial, los propietarios, las empresas colonizadoras y los colonos, en sus inicios estos fueron posibles por el rol activo de las autoridades gubernamentales. En números totales, desde 1856 hasta principios del siglo XX, se establecieron y mantuvieron 201 colonias agrícolas en todo el ámbito santafesino. Entre las colonias de mayor importancia, se destacaron Esperanza y San Carlos, en el departamento Las Colonias; ambas se constituyeron en epicentro del proceso colonizador. Fuera del ámbito rural, se distinguió en esta región la ciudad capital de Santa Fe.

Finalmente, la región sur se destacó por su crecimiento demográfico y económico dentro del contexto provincial. Está compuesta por los departamentos General López, Constitución, Caseros, Iriondo, Belgrano y Rosario y es en donde este último se encuentra la ciudad portuaria del mismo nombre. A diferencia de la región del centro, los propietarios pecuarios del sur desistieron de vender y parcelar sus campos y prefirieron arrendarlos. Esa medida tuvo como finalidad mejorar pasturas para refinar ganados en un contexto de alza de los precios de las tierras hacia finales del siglo XIX. La expansión productiva, sobre todo en los departamentos de Constitución y General López, tuvo por protagonistas a arrendatarios, también de origen ultramarino, que devolvían las tierras con cultivo de alfalfa a sus dueños al final del ciclo, generalmente trienal, de arriendo. De esta manera, se mejoraba la pastura para el engorde y el refinamiento del ganado y los propietarios retenían sus campos cada vez más valorizados (Gallo, 1983). En la misma región, la ciudad comercial y portuaria de Rosario materializó el crecimiento exponencial de la mano de obra necesaria para el desarrollo agropecuario y comercial de la zona.

Sintetizando hasta aquí, podemos decir que dos ciudades, diecinueve departamentos y tres regiones constitu-

yeron la organización administrativa, estadística y electoral de la provincia de Santa Fe que cristalizó a inicios del siglo XX y se mantiene vigente en los tiempos actuales.

Corresponde ahora indagar en cómo esta estructura y fragmentación geográfica se reflejó en la organización sanitaria desde los orígenes hasta el primer tercio del siglo XX.

La organización sanitaria provincial

En el ámbito de la provincia santafesina[6], la organización sanitaria desde 1868[7] se plasmó en la existencia de dos Consejos de Higiene, con residencia en las ciudades de Santa Fe y Rosario. La supremacía urbana de ambas ciudades, cabeceras de la región norte-centro y sur, cómo señalamos en las páginas previas, las convirtieron en sede de las instituciones creadas por el Poder Ejecutivo provincial. Agustina Prieto (1996: 57) y Federico Cervera (1973: 332) justifican la creación de estos "consejos departamentales" como consecuencia del brote de cólera que afectó a la ciudad de Rosario en 1867.

Cada uno de estos Consejos departamentales estaba integrado por un presidente, dos vocales médicos, un farmacéutico y un suplente a cargo del médico de policía del Departamento. Resultaba novedosa para la época la participación de los profesionales en el sistema de elección de los miembros del Consejo. Estos duraban un año en sus funciones y eran nombrados a pluralidad de votos por el

---

6 En el ámbito nacional, en 1880 se creó el Departamento Nacional de Higiene (DNH) y desde 1883 funcionó la Asistencia Pública de Buenos Aires.

7 Para la reconstrucción del sistema sanitario desde la creación del Consejo de Higiene de la ciudad de Santa Fe (1868) hasta la creación de la Dirección General de Higiene (1932), hemos confiado en los datos suministrados por Federico Cervera (1973). Los archivos pertenecientes al Consejo de Higiene de la ciudad y al Consejo General de la Provincia creado en 1887 fue destruido en parte por el fuego, y el resto fue extraviado en la mudanza al crearse el Departamento de Salud Pública.

Cuerpo Médico de la ciudad. Los resultados de la decisión del cuerpo eran comunicados al Gobierno provincial para su aprobación. Los Consejos debían asesorar al gobierno en cuestiones de higiene pública y controlar el ejercicio legal de la medicina.

Cuadro 1: organigrama de la estructura sanitaria en la provincia en 1887

Poder Ejecutivo Provincial, Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto

Consejo General de Higiene 1° Circunscripción
Consejo General de Higiene 2° Circunscripción

Auxiliar
Secretario
Auxiliar
Secretario

Médico
Médico
Farmacéutico
Médico
Médico
Farmacéutico

Fuente: elaboración propia con base en datos suministrados por presupuestos Ley n.° 1.042, presupuesto general de la provincia para 1901.

Estas instituciones reflejan el avance de las ideas higienistas con el "objetivo de terminar con los cíclicos azotes epidémicos y transformar las ciudades en espacios limpios" (Armus, 2000: 516). En el caso de la ciudad de Rosario, el brote de cólera (1885-1887) fue el motivo que determinó al gobierno municipal a crear instituciones propias para la atención sanitaria de la población, que quedó a cargo de la Oficina de Higiene Municipal, luego convertida en Asistencia Pública.

Según señala Cervera (1973), la bicefalia que caracterizó a estos Consejos departamentales y la desconexión con la autoridad gubernamental llevaron en 1887 a su reemplazo por un Consejo General de Higiene (CGH) de la provincia,

bajo la órbita de Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto (cuadro 1).

Al igual que en los años previos, el CGH actuó desdoblado en dos espacios. El CGH se organizó con residencia en la ciudad capital, y se creó otro Consejo dependiente de este con residencia en Rosario. Los nuevos organismos fueron organizados en forma idéntica, con la misma cantidad de miembros e igual presupuesto provincial para cada uno de ellos.

Hemos analizado las leyes de presupuestos de distintos años comprendidos en el primer tercio del siglo[8] y es de destacar que siempre se invirtieron los mismos montos para los Consejos de la Primera y la Segunda Circunscripción. Si existieron diferencias entre ambos, estas se justificaron en los valores del alquiler de la casa donde funcionaba la institución o la existencia de algún peón más o menos. Tomamos como ejemplo el presupuesto de 1923 para elaborar el cuadro 2 y dar cuenta de ello.

Cuadro 2: montos destinados al funcionamiento del Consejo General de Higiene de la provincia. 1.° Circunscripción, radicada en la ciudad de Santa Fe, y 2.° Circunscripción, en la ciudad de Rosario. Año 1923

Concepto	Consejo de Higiene1.° Circunscripción	Consejo de Higiene2.° Circunscripción
Médico vocal presidente	500	500
Dos médicos vocales a 300 c/u	600	600
Inspector de farmacias	400	400
Secretario habilitado	250	250
Auxiliar de segunda	150	150

8 Ley n.° 1.042 presupuesto para el año 1901, Ley n.° 1.691 para el año 1911, Ley n.° 1.789 para el año 1914, Ley n.° 2.037 para el año 1923.

Ordenanza	110	110
Gastos de oficina	50	50
Gastos viático del personal en comisión	500	500
Alquiler de casa	---	180

Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenidos de la ley provincial n.º 2.037, presupuesto provincial de 1923.

Cada Consejo estaba integrado por cuatro profesionales, tres médicos y un farmacéutico, y contaban con el apoyo de un secretario y un asistente para el área de bacteriología. A diferencia de los miembros de los Consejos de Higiene previos, en este caso todos los profesionales eran elegidos y designados por el Poder Ejecutivo provincial. Los Consejos tenían la misión de autorizar a médicos y farmacéuticos para el ejercicio de la profesión, controlar consultorios y farmacias, evaluar el funcionamiento de las casas de sanidad y sociedades de asistencia médica, y evaluar y definir las enfermedades que serían declaradas de denuncia obligatoria. También estaban a cargo del control del ejercicio de las artes de curar, lo que implicó vigilar las prácticas no autorizadas, como el curanderismo, o consideradas *peligrosas,* en la época, como el hipnotismo. Según un suelto del diario *Nueva Época*, entre sus funciones se destacaba la de habilitar a los médicos recibidos en la Universidad de Buenos Aires a ejercer la profesión en la provincia de Santa Fe, y además los médicos recorrían la provincia, enviaban informes, controlaban las patentes de médicos y denunciaban prácticas de curanderismo (*Nueva Época*, 26 de noviembre de 1910). De este modo, el cuerpo médico del Consejo terminó constituyéndose en un grupo “burocrático–profesional” que delimitó su área de competencia específica y se transformó en el especialista de un mundo urbano signado por urgencias medioambientales (Armus, 2000: 516).

De esta forma, la acción estatal en torno a la cuestión sanitaria quedó organizada como un entramado que articulaba el control del Poder Ejecutivo provincial con el Consejo General de Higiene, ubicado en la ciudad capital, y el Consejo de la ciudad de Rosario. Cada uno tenía atribuciones sobre los restantes poblados pertenecientes a sus jurisdicciones. La Primera Circunscripción comprendía los poblados de las regiones norte-centro, y la Segunda Circunscripción, las poblaciones de la región sur. Es de destacar que los poblados o las Comunas y Comisiones de Fomento también poseían facultades para actuar en la sanidad de sus poblaciones. Esto significó que muchas veces los Consejos de Higiene debieran solicitar autorización a estas entidades, incluso hasta para blanquear o desratizar sus dependencias. Existía una norma municipal desde 1867, que se reiteró hasta 1914, que obligaba a "blanquear [con cal] el frente de las casas una vez al año" (Cervera, 2011: 270).

En cuanto a la inversión destinada a la cuestión sanitaria, desde 1861 ambas municipalidades recibían los fondos de la Lotería de Beneficencia provincial, los que debían repartirse equitativamente con las Sociedades de Beneficencia. Posteriormente, en 1895, el Senado de la Nación aprobó, mediante la Ley Nacional n.º 3.313, la creación de la Lotería de Beneficencia Nacional. Los beneficios obtenidos en ella serían distribuidos en un 60 % para Capital Federal y un 40 % para las provincias. Estas últimas recibirían los fondos a través de una comisión integrada por el intendente municipal, el juez federal y el presidente del Superior Tribunal de Justicia, quienes los administrarían para los fines de construcción y sostenimiento de hospitales y asilos públicos (Cervera, 2011).

La simetría institucional y presupuestaria demuestra la equidad con la que el gobierno provincial consideró las ciudades de Santa Fe y Rosario en el ámbito sanitario. El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto, intentó controlar la sanidad y para ello reconoció

la supremacía de ambas ciudades estableciendo un Consejo General de Higiene (CGH) en cada una de ellas. No obstante, como hemos manifestado hasta aquí, el accionar de estas instituciones provinciales en atención médica no fue único. Los CGH debieron convivir con instituciones municipales (Asistencia Pública), asociaciones filantrópicas (Sociedad de Beneficencia) y étnicas con atribuciones para crear establecimientos y contar con cuerpos médicos dedicados a la atención sanitaria. Asimismo, además de los cuerpos médicos existentes en cada uno de estos establecimientos, también existió un significativo número de profesionales y no profesionales que atendieron a enfermos en forma privada (Bolcatto, 2015).

Hasta aquí, el sistema sanitario santafesino se organizó desde sus inicios con dos Consejos departamentales de Higiene ubicados en las ciudades de Santa Fe y Rosario, dependientes del Poder Ejecutivo provincial. Hacia fines del siglo XIX, se creó un Consejo General de Higiene de la provincia, bajo la órbita de Ministerio de Gobierno, Justica y Culto desdoblado en dos espacios. La Primera Circunscripción ubicada en la ciudad capital y la Segunda Circunscripción en la ciudad de Rosario. El desdoblamiento del sistema sanitario perduró durante todo el período motivo de este trabajo y aún más.

A manera de reflexiones finales

Cerrando este capítulo podemos aseverar que la ocupación y la configuración del espacio, el poblamiento, las actividades económicas, los regímenes de tenencia de la tierra y la composición social dieron lugar a diferentes configuraciones socioeconómicas al interior del territorio santafesino. La provincia creció fragmentada en diferentes rostros que culminaron por definir las regiones geográficas del norte, del centro y del sur. La posterior organización de

departamentos con funciones administrativas, estadísticas y electorales otorgó a las diferencias geográficas, económicas y sociales un nuevo fundamento político. En este contexto de fragmentación y de organización departamental, las ciudades de Santa Fe y de Rosario crecieron a un ritmo exponencial, aunque cada una con una densidad e identidad distintivas.

Tres regiones geográficas, diecinueve departamentos administrativos y sólo dos ciudades emergieron como las más significativas. En el devenir histórico llegando al primer tercio del siglo XX, pareciera que las herencias institucionales de los primeros asentamientos urbanos fueron la clave para moldear la estructura estatal de la organización sanitaria que se desarrolló en las etapas sucesivas.

Desde tiempos remotos, las ciudades de Santa Fe y Rosario fueron cabecera de instituciones de sanidad. La inexistencia de un organismo sanitario único que centralizara las decisiones consolidó la fragmentación que se venía dando en los otros ámbitos.

Sin intenciones de caer en un provincialismo descontextualizado (Moreyra, 2009), creemos que el análisis de la fragmentación del territorio santafesino y su manifestación en el desdoblamiento del sistema sanitario con asentamiento en las ciudades de Santa Fe y Rosario puede servir a los fines de aportar a la comprensión de singularidades que componen la heterogeneidad del contexto nacional.

Fuentes

I Censo Nacional de 1869.
IV Censo Nacional de 1947.
I Censo Provincial de Santa Fe de 1887.
Constitución de la Provincia de Santa Fe de 1900.

Instituto Provincial de Estadística y Censo de Santa Fe (2008). Informe elaborado por IPEC, Gobierno de Santa Fe.
Ley n.° 1.042 de Presupuestos de la provincia de Santa Fe (1901).
Ley n.° 2.037 de Presupuestos de la provincia de Santa Fe (1923).
Diario *Nueva Época.* Santa Fe. Hemeroteca Digital Fray Francisco de Paula Castañeda. Consultado el 10 de febrero de 2020.

Bibliografía

Armus, Diego (2000). “El descubrimiento de la enfermedad como problema social”. En Lobato, Mirta (dir.). *El progreso, la modernidad y sus límites (1880-1916)* (pp. 507-552). Buenos Aires: Sudamericana.
Bolcatto, Viviana (2015). “La centralización de políticas sanitarias en Santa Fe 1932”. Jornadas de Investigación de la FTS–UNER, Paraná.
Bonaudo, Marta (2006). *La organización productiva y política del territorio provincial (1853–1912).* Nueva Historia de Santa Fe. Tomo 6. Rosario: Prohistoria.
Bonaudo, Marta (2012). “Santa Fe Moderna”. En Darío Macor (dir.). *Signos santafesinos en el bicentenario*. Santa Fe: Gobierno de Santa Fe.
Carrizo, Bernardo (2018). “La disputa por la marca. Los radicalismos y sus batallas electorales. Santa Fe 1912-1920”. 4.° Jornadas de Ciencias Políticas del Litoral. FHUC–UNL, Santa Fe.
Cervera, Federico (1973). *Historia de la medicina en Santa Fe.* Santa Fe: Colmegna.
Cervera, Felipe (2011). *La modernidad en la ciudad de Santa Fe 1886–1930. Historia de un desarrollo incompleto.* Santa Fe: edición del autor.

Gallardo, Mabel (1961). *Tendencias de la población de Santa Fe. Años 1769-1960.* Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral.

Gallo, Ezequiel (1965). *Notas para una historia política de Santa Fe. Elección de 1912.* Santa Fe: UNL.

Gallo, Ezequiel (1983). *La pampa gringa.* Buenos Aires: Sudamericana.

García, Analía (2005). "Una comunidad de lectores urbanizados. La visita, espacio de sociabilidad burguesa en la ciudad de Rosario, principios del siglo XX". En Bonaudo, Marta (dir.). *Imaginarios y prácticas de un orden burgués. Rosario, 1850–1930.* Rosario: Prohistoria.

Jasinski, Alejandro (2013). *Revuelta obrera y masacre en La Forestal.* Buenos Aires: Biblos.

Macor, Darío (1995). "¿Una república liberal en los años treinta? La experiencia demoprogresista en el Estado provincial santafesino". En Ansaldi, Waldo (ed.). *Representaciones inconclusas. Las clases, los actores y los discursos de la memoria, 1912-1946* (pp. 165-198). Buenos Aires: Biblos.

Moreyra, Beatriz (2009). *Cuestión social y políticas sociales en la Argentina. La modernidad periférica, Córdoba, 1900–1930.* Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

Prieto, Agustina (1996). "Rosario: Epidemias, higiene e higienistas en la segunda mitad del siglo XIX". En Lobato, Mirta (ed.). *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina.* Mar del Plata: Biblos.

Construcción de datos sobre salud: las fuentes y sus posibilidades

El curanderismo en la provincia de Santa Fe

Un análisis sociodemográfico según el censo de 1869

Adrián Carbonetti y Alejandra Fantín

Introducción

La historia de las prácticas empíricas ha sido, tal vez, una de las temáticas menos abordadas por la historia social de la medicina en Argentina; ni la historia tradicional elaborada por médicos ni la renovación historiográfica que se llevó a cabo en los años 90 abordaron esta temática particular. Estas falencias pueden ser vistas como una laguna dentro del subcampo de la historia social de la salud y la enfermedad y de la medicina argentina, ya que curanderos y parteras se conformaron en actores fundamentales en la atención de la salud en momentos en que la medicina no estaba consolidada como práctica hegemónica y tampoco se había constituido en un actor esencial, y desarrollaron prácticas burocráticas dentro de los distintos niveles del Estado.

Tanto en América Latina como en Argentina, las investigaciones estuvieron centradas en el análisis del curanderismo como contraposición a la práctica médica, es decir, los análisis ponían el acento en el curanderismo, en muchos casos a partir de la percepción de la medicina académica como práctica competitiva en términos del concepto de "mercado terapéutico" (Márquez Valderrama, García y Montoya, 2012), y en otros casos en las capilaridades que

generaba el proceso de medicalización y que permitía ciertas conexiones entre médicos y curanderos.

En este artículo pretendemos estudiar el curanderismo poniendo el énfasis en el concepto de “mercado terapéutico”; no obstante, consideramos que el curanderismo existía a partir de la relativa efectividad que poseía con relación al tratamiento de la salud. Desde esta perspectiva, creemos que esta consolidación estaba sustentada históricamente en cuanto no existieron ofertas de prácticas y conocimientos que compitieran con él. De este modo, la práctica curanderil era casi monopólica en algunas provincias o competía codo a codo con la medicina académica por el mercado de salud en momentos del censo de población de 1869. A partir de este censo, desarrollamos un análisis de carácter cuantitativo tratando de elaborar un perfil sociodemográfico de los curanderos en la provincia de Santa Fe para luego analizar algunos casos que consideramos se destacan en el universo de la medicina empírica.

Como hipótesis sustentamos que, para el caso argentino de mediados del siglo XIX, la práctica dominante no sería justamente la medicina académica, sino la del curanderismo, que estaba más extendido socialmente debido a que, en la mayoría de los distritos argentinos, no había comenzado todavía –como sí lo hizo posteriormente– un acelerado proceso de medicalización que combatiera las prácticas alternativas, lo que le daba cierta dominancia en la sociedad, que en este caso estaba curanderizada, es decir que el curandero era considerado el encargado de cuidar y restaurar la salud.

Esta hipótesis se puede sustentar sobre la base del concepto de “mercado terapéutico”, que permite definir los diferentes oferentes de cuidados y sus consumidores en un momento de la modernidad en que las instituciones oficiales controlaban muy poco el ejercicio de la medicina. Desde esa perspectiva, la medicina académica sería uno más de los actores en un mercado que se define como “el conjunto de prestaciones de cuidados disponibles en un espacio

determinado" (Márquez Valderrama, García y Montoya, 2012: 332), y al mismo tiempo permite distinguir las prácticas académicas y empíricas en términos de un mercado. Por su parte, el concepto de "mercado terapéutico" nos permite conocer un actor (el curanderil) que competía con el de la medicina, en muchos casos con ventajas por su cercanía a los sectores populares.

Por ello, creemos necesario realizar un análisis de las particularidades sociodemográficas del curandero en la provincia de Santa Fe a partir de analizar la cantidad y características por sexo, edad, estado civil, lugar de nacimiento, distribución geográfica y algunas características sociales como la vivienda predominante donde estaba establecido y nivel de alfabetización (información disponible en el censo de población de 1869, obtenible a partir de examinar los cuadernillos que se encuentran en la web).[1]

El censo de población de 1869

En septiembre de 1869, se llevaba a cabo en la República Argentina el primer censo de población del país. Este era uno más de los actos que comenzaba a generar el gobierno nacional desde que los cañones de las permanentes guerras civiles que se habían engendrado durante la etapa posindependentista comenzaban a acallarse.

A partir del triunfo de un sector de la clase dominante criolla que se encaramaba en el poder, se imponía un modelo económico, político y social que se caracterizaba por una economía que ponía el énfasis en el desarrollo hacia afuera, basado en la exportación de materias primas y la importación de productos elaborados, que se fundaba en una sociedad de clases fuertemente dividida y con un esquema político que, a través de elecciones sistemáticamente

1 Véase bit.ly/33ewY6N (se debe crear una cuenta gratuita e iniciar sesión).

fraudulentas, generaba gobiernos de características liberales. El censo de población era un insumo necesario para esos gobiernos que necesitaban conocer el estado de la población a fin de instituir las medidas necesarias para la modernización (europeización) del país. Fue justamente en el gobierno de Domingo Faustino Sarmiento, un modernizador del país, en el que se llevó a cabo el primer censo de población. El operativo fue realizado entre los días 15, 16 y 17 de septiembre de 1869 y es considerado el primer censo de población moderno. Para la demografía argentina, inauguró la etapa estadística, caracterización que se basa en los siguientes criterios:

> […] la existencia de un organismo centralizado (la Oficina de Estadística Nacional, dependiente del Ministerio del Interior, creada en 1864 y disuelta en 1875); 2) un diseño conceptual único; 3) la voluntad de relevar de manera universal y simultánea a toda la población y, sobre todo, 4) la ausencia de finalidades pre–estadísticas (por ejemplo fiscales y militares), propia de los relevamientos previos (Velázquez y Otero, 2019: 10).

Siguiendo a estos autores, el censo de población tenía, para las condiciones de la época, una cobertura muy buena ya que el subregistro se calculó en un 4 %, y los resultados fueron publicados en un tiempo relativamente rápido, tres años después de que fuera levantado. No obstante, el aspecto más cuestionable fue la escasa atención que se le dio a la estructura familiar y del hogar, ya que en los primeros censos predominó el enfoque esencialmente individual (Velázquez y Otero, 2019: 10). Uno de los datos esenciales que muestra este censo a diferencia de los posteriores es que las prácticas empíricas y especialmente los curanderos, debido a la escasa persecución de la que eran objeto, pudieron expresar el oficio que profesaban. Sobre ellos trabajaremos en los próximos apartados.

La provincia de Santa fe a mediados del siglo XIX

Cuando se realizó el censo de población de 1869, la provincia de Santa Fe se encontraba escasamente poblada, tanto en términos relativos como absolutos. En efecto, en relación con las provincias que la rodeaban, era la menos poblada, y la relación de habitante por km^2 era de 0,76 (Argentina: 128), contando con 89.117 habitantes. No obstante, la provincia había duplicado prácticamente su población en el término de 10 años, ya que el censo de población de 1859 había contabilizado 45.440 habitantes. Ese aumento era consecuencia de una inmigración creciente a partir del desarrollo de colonias que,

> siguiendo los pasos de las experiencias de colonización iniciado en el sur brasileño unas décadas antes, buscaba así sentar las bases de un nuevo sistema productivo, que combinara mano de obra y capital extranjero con el potencial que ofrecía la enorme disponibilidad de tierras que ofrecía la provincia (Martiren, 2012: 4).

Ese proceso marcaría el establecimiento de inmigrantes suizos, alemanes y franceses y señalaría un quiebre "tanto en el sistema productivo como demográfico de la provincia" (Martiren, 2012: 4). Este fenómeno comenzaba a notarse en el censo de población que registró un 15,6 % de inmigrantes (Argentina: 113) y se traslucía en el índice de masculinidad consistente en 124 varones por cada 100 mujeres (Argentina: 131).

No obstante, la provincia seguía estando despoblada; lo que se poblaba eran las zonas más cercanas a la capital y a la ciudad de Rosario. De esta forma, para 1869 la provincia, que se encontraba dividida en cuatro departamentos, mostraba desequilibrios poblacionales que se pueden observar en el cuadro 1.

Cuadro 1: población, km^2 y densidad de población (habitantes por km^2) por departamentos. Provincia de Santa Fe en 1869

Departamentos	Habitantes	Km^2	Habitantes por km^2
Capital	21.392	68.321	0,31
Rosario	49.492	22.980	2,15
San Gerónimo	11.448	11.527,5	0,74
San José	6.785	6.521,5	1,04

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de Argentina (1872). Primer Censo de Población de la República Argentina.

Los departamentos más poblados eran aquellos que se encontraban al sur de la provincia. Tal vez los de mayor desarrollo en esos momentos a partir de la agricultura y la ganadería extensiva eran Rosario, donde ya se encontraba la ciudad homónima, principal puerto del interior argentino, y el departamento de San Gerónimo, lindante con la Provincia de Buenos Aires y de mayor desarrollo agrícola. Justamente esos serían los departamentos que, según el trabajo de Velázquez y Otero (2019: 35), tendrían, para la época, mayores índices de calidad de vida de toda la provincia, similares a los que se daban en las zonas más favorecidas de los distritos de Entre Ríos y Buenos Aires, consistentes en mayor cantidad de población alfabetizada, menor cantidad de enfermos y mayor número de casas con azotea. De esta forma, podemos sostener que estos departamentos no solo eran los más habitados, sino también los más ricos a partir de la existencia de puertos y del desarrollo de una economía que generaba productos primarios de acuerdo al esquema que hacía poco se había impuesto en la unificación del país. Este esquema productivo habría generado un mayor índice de calidad de vida.[2]

2 En este esquema podemos situar también la ciudad capital de la provincia, Santa Fe, que, a pesar de encontrarse en el departamento Capital, que se extendía hacia el

En lo referido a las ocupaciones en salud, la provincia se caracterizaba, según el censo de población, por tener uno de los mayores índices de médicos por cada mil habitantes, 0,40, uno de los más altos en el país, solo por debajo de la Provincia de Buenos Aires, y la menor cantidad de curanderos, 0,26, número similar al de la anterior provincia. Este esquema se completaba con 0,30 parteras por cada mil habitantes y una cantidad similar de farmacéuticos (Rodríguez, Carbonetti y Andreatta, 2013: 90).

Si consideramos que en Argentina predominaba la ocupación de curanderos en todo el territorio, cuyo índice llegaba a 0,60 por cada mil habitantes, muy superior a la relación de 0,26 de la provincia de Santa Fe, surgen las preguntas acerca de qué características tenían estos curanderos desde el punto de vista sociodemográfico y de dónde se ubicaban. Considerar esto nos permitirá generar algunas hipótesis que permitan conocer este colectivo escasamente estudiado en la provincia y el país.

Los curanderos en la provincia de Santa Fe, características demográficas

El número total de curanderos que hemos relevado en la provincia de Santa Fe en los diarios censales fue de 23, coincidentes con los que se contabilizaron en la publicación del censo de población (Argentina, 1872: 119). A pesar de que son similares las cifras, se observan algunas inconsistencias, que, si bien compensan los valores totales, generan algunas diferencias en la contabilización interna del subgrupo. Por ejemplo, el curandero Marcos Amado, quien vivía en la ciudad de Santa Fe, capital de la provincia, fue censado dos veces; por lo tanto, en vez de dos curanderos, había uno.

---

oeste y el norte, tenía índices similares a los correspondientes a los departamentos del sur.

A su vez, esto se compensa con Rosalía Montiel, que vivía en la tercera sección de la ciudad de Rosario y que decía ser médica, pero que, de acuerdo a sus características, no lo podía ser acorde a los parámetros sociodemográficos de lo que sería un médico en la Argentina;[3] entonces, en la ciudad de Rosario había una curandera más.

La primera pregunta que surge se refiere a qué características estos curanderos tenían en relación con edad y sexo. Con respecto a la edad, se registra una media de 47,5 años y una mediana de 50 años, una población tal vez bastante envejecida. Ahora bien, la distribución por edad y sexo (gráfico 1) permite realizar un primer acercamiento a estas características. En principio, lo que llama la atención es la escasa cantidad de curanderos en las edades más jóvenes: apenas uno del total era menor de 30 años, mientras que la mayor acumulación se daba, en ambos sexos, a la edad de entre 50 y 59 años, coincidente con la mediana de la edad. La interpretación de este primer dato nos permite generar la hipótesis de que el curandero debía sufrir una instrucción por otro mayor en la relación maestro-aprendiz, lo que retrasaba comenzar a ocuparse en esa práctica. Por ello encontramos una mayor cantidad de curanderos entre las edades de 30 y 40, y crecían hasta llegar al grupo 50-59.

El curandero más joven de Santa Fe se llamaba Roberto Savale, era originario de esta provincia, tenía 26 años, era soltero, sabía leer y escribir, y vivía solo en una región rural denominada Chacras del Rosario, donde predominaban las casas de paja y el hacinamiento de más de 5 personas por casa, número menor al promedio general. No conocemos su maestro, no hay curanderos cerca de donde estaba establecido, pero la alta mortalidad propia de la época, junto con la creciente movilidad que tenían los individuos en ese momento, hacen difícil generar una respuesta a la pregunta de la existencia de un maestro.

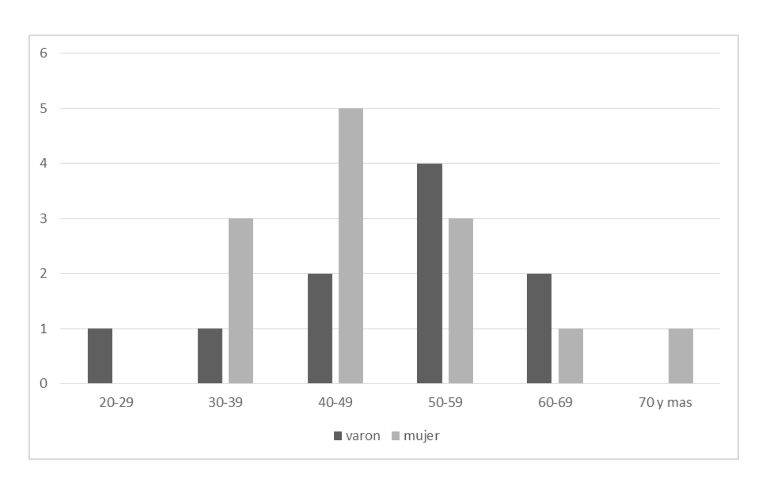
---

3 La mayoría de los médicos argentinos eran varones, en gran parte extranjeros, y sabían leer y escribir.

La curandera de mayor edad era Inocencia Romero, tenía 70 años, no era originaria de la provincia de Santa Fe, como muchos, sino de la Provincia de Buenos Aires; era analfabeta, viuda, pero vivía con hijos y nietos y se encontraba en una región rural en el departamento de Rosario, en Cañada de Cabral, donde las casas predominantes eran en un 93 % ranchos de paja con un hacinamiento de 7,3 personas por casa.

Ambos personajes vivían en ámbitos rurales donde se desarrollaba el oficio curanderil, en las regiones rurales. No obstante, se encuentran algunas diferencias relacionadas al origen y la alfabetización que es posible que estén dando indicios de algunos cambios en relación con este colectivo, que serán analizados en los próximos apartados.

Gráfico 1: distribución por edad y sexo de la población de curanderos en la provincia de Santa Fe, según el censo de 1869. Valores absolutos



Fuente: elaboración propia con base en datos del censo de población de 1869.

Estado civil

Otro de los aspectos importantes a la hora de analizar las características demográficas de los curanderos de Santa Fe son sus lazos parentales y relacionales que pueden ser percibidos a partir de su estado civil. El censo de población de 1869 contabilizó el estado civil de toda la población, pero también contenía una sección especial donde se anotaban los datos de amancebamiento, que se refería a la convivencia sin estar casados. Uno de estos casos es el de la curandera Fermina Bisgarra, de 45 años, que vivía en la zona rural de Pavón Centro y a quien el censista anotó como amancebada; no obstante, la mujer declaraba estar casada, si bien no aparece en la planilla un individuo varón que pudiera ser su marido. Fue censado a su lado un individuo de 25 años de edad llamado Carlos Farías, que era jornalero, a quien el censista también anotó como mancebo. El concepto de "mancebo" no era bien visto por la sociedad de mediados del siglo XIX, emparentado en muchos casos con el pecado; por lo tanto, es posible que muchos de los habitantes no declararan esta situación. Este parece ser el caso de Marcos Amado, que fue censado en plena ciudad de Santa Fe. Amado se declaraba soltero, pero inmediatamente después era censada Eusebia Zárate, con varios hijos, que también figura como soltera.

Si bien hubo casos de estos, la mayoría de los curanderos tenían relaciones acordes a los mandatos sociales, esto es, casamiento, viudez o soltería. En el gráfico 2, se aprecia que el 48 % de los curanderos eran casados, en su mayoría sus cónyuges eran pobres o sus ocupaciones daban indicios de cierta pobreza, pues las mujeres no declaraban ocupación o los varones eran jornaleros o labradores. Tal es el caso de la curandera Francisca Molina, de 32 años, semianalfabeta, que vivía en una zona urbana de Rosario y que estaba casada con Ramón Hernández, de 56 años, jornalero, con quien tenía 4 hijos; o el caso de Anastasia Martínez, de 36, que vivía en una zona rural de Rosario y

que aparentemente estaba casada con Anselmo Acosta, de 40 años, santiagueño y labrador; la pareja no tenía hijos.

Gráfico 2: estado civil de curanderos en la provincia de Santa Fe. Valores relativos

Fuente: elaboración propia con base en los datos del censo de población de 1869.

El 43 % de los curanderos eran viudos; este es un porcentaje importante, aunque normal para una época en la cual la esperanza de vida no pasaba de los 32,8 años en Argentina (Somoza, 1971: 147), pero es posible que haya sido menor en la provincia de Santa Fe, ya que Celton (1992: 37) calcula una esperanza de vida de 28,2 años en la ciudad de Córdoba.

La mayoría de los viudos eran mayores de 50 años, y solo dos tenían menos de esa edad: Segundino Díaz, de 38 años, que vivía en el departamento de San Gerónimo en una zona rural, y Francisca Lucero, de 40 años, de San José de la Esquina en el departamento de Rosario. Vivían solos, sin hijos ni parientes cercanos, por lo menos que tuvieran

apellidos similares. En cambio, viudos mayores de 50 vivían con hijos o nietos, como Gimeno Luna, de 53 años, que moraba en la localidad de Colastiné, en el departamento de San Gerónimo. En este sentido, no podemos saber si la convivencia era con hijos o nietos, ya que el censo de población no especificaba el lazo de parentesco, pero sí podemos saber que la persona no vivía sola a partir de la coincidencia del apellido y de encontrarse cercano a esas personas en la planilla del censo de población. Por último, solo encontramos dos solteros, ambos varones, de los cuales uno vivía solo: Norberto Sabale, de 26 años, y Marcos Amado, que, como vimos anteriormente, creemos que estaba amancebado.

Alfabetismo, analfabetismos y semianalfabetismo

Los índices de alfabetización del colectivo de curanderas/os santafecinos no se distanciaban demasiado de los parámetros que tenía la Argentina en ese momento. En ese sentido, Velázquez y Otero observan que, para el total del país, solo "312.000 sabían leer y escribir" (Velázquez y Otero, 2019: 12). Por su parte, Diego de la Fuente estimaba que la cifra real era 30 % peor (218.000) y que la población menor de 6 años era de 316.000, por lo que la proporción de alfabetos era de aproximadamente 14,7 % (Argentina, 1872: 36). No obstante, como afirman los autores, el panorama no era homogéneo, pues la Ciudad de Buenos Aires, algunas ciudades del Interior, el sur de Santa Fe y Entre Ríos tenían un umbral cercano al 30 % de alfabetización. El gráfico 3 discrimina la población de curanderos de acuerdo a su grado de alfabetización. Estos serían coincidentes con los que se dan a nivel de la provincia de Santa Fe, es decir, un 30 % de la población de este colectivo sabía, según lo declaraban, leer y escribir; si a eso le agregamos un 13 % de semianalfabetos curanderos, superarían la media de la provincia.

Si bien se trata de pocos casos, apenas 23, podría pensarse que una parte importante de este colectivo tenía ventajas comparativas con respecto a la población en general para la generación de estrategias laborales superiores en ese momento. Si analizamos por sexo la proporción de estas categorías, encontramos que son similares tanto para varones como para mujeres, lo que habla de cierto grado de modernización ya que las mujeres en este momento ocupaban un lugar subordinado en la sociedad decimonónica argentina.

Gráfico 3: condición de alfabetización de curanderos según el censo de población de 1869

Fuente: elaboración propia con base en datos del censo de población de 1869.

Procedencia y asentamiento

La provincia de Santa Fe, para la fecha del censo de 1869, ya era un distrito que se poblaba de inmigrantes, tanto

internos como externos. En efecto, de los 89.117 habitantes de la provincia, el 30 % correspondía a migrantes internos, de los cuales el 42 % pertenecían a la provincia de Córdoba y el 18 %, a Santiago del Estero (Argentina, 1872: 116-117). Así, Santa Fe recibía inmigrantes especialmente de las provincias vecinas que aún se encontraban fuera del marco de desarrollo que se había generado a partir de la batalla de Pavón. Es posible que ese complejo proceso de inserción de la economía santafesina, incentivada por la guerra contra el Paraguay (Djenderedjian, 2008: 141), hubiera estimulado la inmigración interna hacia la provincia de Santa Fe. Por otra parte, la instalación de colonias generó el ingreso de inmigrantes externos; así, el censo de población de 1869 contabilizaba que el 15,6 % eran inmigrantes, lo cual representaba 13.939 personas. La mayor proporción estaba representada por los italianos (30 %), los suizos (16,3 %), los franceses (12,4 %) y los españoles (11,2 %) (Argentina, 1872: 116-117).

El colectivo de curanderos parece haber estado influido por la convergencia de ambas inmigraciones: del total de curanderos censados, solo el 30 % eran nacidos en Santa Fe. Las características que tenían estas/os eran muy particulares: casi todas eran mujeres (6 de 7) (gráfico 4) y jóvenes con un promedio de edad de 36 años, y la mayoría (5) estaban asentadas en el departamento de Rosario, algunas en las zonas urbanas y otras en zonas rurales, de lo cual los casos de Cipriana Peralta y Bonifacia Cáceres son tal vez paradigmáticos. La primera vivía en una zona urbana de la ciudad de Rosario –aunque es posible que haya morado en los márgenes de la ciudad–, tenía 40 años, estaba casada, en apariencia con un hombre de apellido Peralta, de 40 años, labrador, con el cual tenía dos hijos de 11 y 6 años; además convivía con el padre de 60 años, que era inválido. Mientras que Bonifacia Cáceres vivía en las zonas rurales del departamento de Rosario en la región de Saladillo, que hoy está integrada a Rosario, pero que en aquel momento pertenecía a la ruralidad. Bonifacia tenía 30 años, decía

estar casada, pero no se encuentra un individuo con las características demográficas cercana en el censo, por lo que vivía sola en apariencia.

Gráfico 4: curanderos en la provincia de Santa Fe por sexo según lugar de nacimiento. Valores absolutos

8
7
6
5
4
3
2
1
0
Santa Fe
Santiago del Estero
San Luis
Buenos Aires
Córdoba
Tucumán
Alemania
Francia
España
Mujeres
Varones

Fuente: elaboración propia con base en datos del censo de población de 1869.

Desde nuestra perspectiva, el tratarse de mujeres jóvenes, para los parámetros etarios de los curanderos santafesinos, está en relación con el mercado terapéutico que representaba el departamento y ciudad de Rosario. El ser una ciudad puerto que comenzaba a ser una de las principales salidas de los productos primarios al exterior le daba un dinamismo particular a esta ciudad y, por lo tanto, era un centro de atracción para aquellos curanderos que podían disputar, en especial en los sectores populares, la clientela a la medicina académica que en esta ciudad empezaba a pugnarle el monopolio de la atención al curanderismo. En la publicación del censo, se detectan 17 médicos diplomados, solo para la ciudad, y tres para todo el departamento.

En la Argentina decimonónica, pero también en toda América Latina, en una sociedad que, si bien comenzaba a tener algunas señales de modernización, aún era esencialmente conservadora, uno de los lugares asignados a la mujer era la atención de la salud. Ahora bien, la inserción de estas mujeres en los sectores populares de la ciudad de Rosario y el departamento del mismo nombre y, además, su condición social no les permitían acceder a otras posiciones en términos de ocupación por más que se lo hubiesen propuesto, por ello la ocupación como curanderas. Pero Rosario no solo atraía a mujeres jóvenes, que es posible que hayan migrado hacia el departamento habiendo nacido en otra región. También curanderos de otras provincias deben haber llegado, como es el caso de Rosalía Montiel, de 50 años de edad, que había arribado desde la provincia de Córdoba y vivía en la tercera sección de la ciudad de Rosario, una zona urbana. Rosalía decía ser médica, lo cual permite hipotetizar sobre un proceso de medicalización incipiente en el cual cualquier persona que interviniera sobre el cuerpo de otra podía autodenominarse "médica", por un lado. Por otro lado, permite indagar en la mirada que la sociedad asumía de curanderos y médicos que tenía que ver también con los grados de efectividad (posiblemente similares) de cada una y que consideramos tenía que ver con la autodenominación de "médica" por parte de esta curandera.

Ahora bien, no solo eran mujeres las que practicaban el curanderismo en la ciudad de Rosario, sino que también lo hacían los hombres, algunos de los cuales llegaban de otros lugares. Tal es el caso de Remijio Santillán, que vivía en la cuarta sección urbana de esa ciudad, era originario de la provincia de Córdoba, tenía 64 años, estaba casado y vivía con la esposa, hijos y nietos; uno de sus hijos era sordomudo.

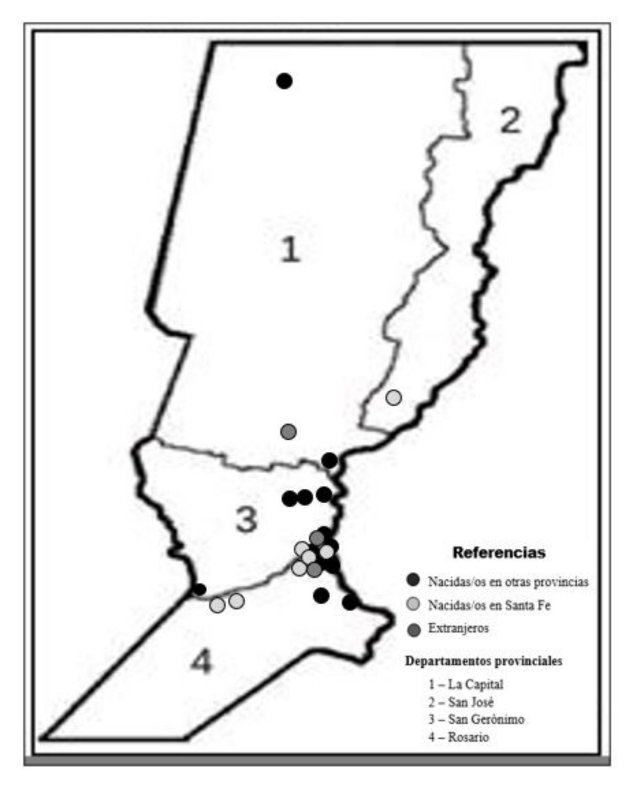
Pero el oficio de curanderismo no solo era monopolio de los nativos de la Argentina de mitad del siglo XIX: también encontramos tres curanderos de origen extranjero, uno de los cuales lo practicaba en la misma ciudad de

Rosario: Juan Aquenit, francés, de 45 años, casado, con dos hijos y analfabeto. Consideramos que la acción permisiva de estos curanderos en plena ciudad se daba por ser varones y por ser inmigrantes. Pero no solo este curandero actuaba en la provincia de Santa Fe. Según el censo de población de 1869, en el interior del departamento de Rosario ejercía como tal José Balberdi, que era español, de 55 años, casado y vivía con hijos. Este se destacaba por saber leer y escribir, lo que no sucede con los otros dos extranjeros que tenían esa ocupación. El tercer extranjero era Felipe Wehr, de 46 años, alemán que aparentemente vivía solo; este curandero habitaba en una comunidad de alemanes que integraban una colonia, lo que nos permite generar la hipótesis de que las comunidades que se instalaban en la Argentina traían aquellos que se ocuparían de la salud de los integrantes y no eran precisamente médicos.

Entre los migrantes internos, también podemos observar algunos que, si bien habían migrado, no se habían alejado demasiado de las provincias de procedencia y es posible que hayan tenido algún tipo de migración golondrina entre su lugar de origen y la provincia donde fueron censados. Entre estos casos, podemos encontrar a Francisca Lucero, de 40 años de edad, viuda y que aparentemente vivía sola; era oriunda de Córdoba y fue censada en el departamento de Rosario en la localidad de San José de la Esquina, en el límite con la provincia de Córdoba. Por otra parte, Pedro Mendoza, de 60 años, nacido en Santiago del Estero y que vivía solo, fue censado en la localidad de Frontera Norte en el límite de la provincia de Santa Fe con aquella provincia.

En el mapa de la provincia de Santa Fe, puede reconocerse el asentamiento de curanderos por su lugar de procedencia. Podemos observar cómo el mercado que representaba en la provincia el departamento de Rosario y el de San Gerónimo atraía a la mayoría de estos.

Mapa 1: provincia de Santa Fe con asentamiento de curanderos de acuerdo al lugar de nacimiento según el censo de población de 1869[4]



Fuente: elaboración propia con base en datos del censo de población de 1869.

4 El mapa se elaboró con el formato actual de la provincia. Sin embargo, el límite norte no es el mismo de 1869.

Las viviendas

En el censo de población de 1869, se clasificaron las viviendas en cuatro tipos de acuerdo al material que predominaba en los techos: casas de azoteas, de tejas, de madera y de paja. Estas, a su vez, eran clasificadas en cuerpos, es decir, la cantidad de pisos. Velázquez y Otero observan referente al censo que

> la importancia de esta empresa se agiganta, si se tiene en cuenta que la vivienda, por su carácter material y por su relativa facilidad de captación, es una de las dimensiones que mejor refleja los niveles de riqueza y bienestar de la sociedad (Velázquez y Otero, 2019: 17).

Eso es lo que pretendemos describir y sobre lo cual queremos generar hipótesis en referencia a los curanderos en la provincia de Santa Fe.

Ahora bien, la forma como fueron censadas las viviendas no estuvo en relación con los habitantes, es decir, no se vinculaba la vivienda a los individuos, sino que iban anotadas en globos que se realizaban cuando se finalizaba un número de planillas que contabilizaban los habitantes y sus características. De esta manera, no podemos saber en qué tipo de vivienda moraban los curanderos, pero sí el tipo de casas que predominaba en la zona que estos habitaban.

En la provincia de Santa Fe, del total de viviendas censadas (15.067), el 78,5 % correspondían a casas de madera y paja. Al analizar las zonas donde residían los curanderos, se puede observar que en promedio el porcentaje ascendía a 82 %; solo las zonas de cuatro curanderos tenían porcentaje de casas de paja y madera menores a esa cifra: Marcos Amado, que vivía en la ciudad de Santa Fe, en cuya zona el porcentaje era del 74 %; Fermina Bisgarra, en cuya zona, Pavón Centro Norte, había un 57 % de viviendas de paja; Rosalía Motiel, que moraba en una zona urbana de la ciudad de Rosario con apenas el 29 % de casas de paja; y el inmigrante

Juan Aquenit, que también vivía en una zona urbana de Rosario con el 28 %. En términos generales, la gran mayoría de los curanderos vivían en casas paupérrimas, y es posible que en condiciones sanitarias completamente deficientes. Desde esta perspectiva, podemos concluir que los curanderos pertenecían a los sectores populares y tenían inserción en esos sectores que atendían, y que el mercado terapéutico en esos momentos estaba en disputa a partir de un escaso número de curanderos, pero también por la existencia de muy pocas personas que se dedicaran a las otras ocupaciones con relación al cuidado de la salud.

Conclusiones

El universo de curanderos en la provincia de Santa Fe tiene sus particularidades. En primer lugar, se puede observar que, en relación con otras provincias, como Corrientes, Entre Ríos o Córdoba, la cantidad es mucho menor. En ese sentido, no conocemos si este colectivo estaba integrado por un mayor número de personas que no declaraban serlo por temor a ser perseguidos por la justicia en momentos en que el Estado provincial comenzaba a generar las medidas necesarias para imponer los factores de estatidad.

Lo cierto es que fueron relevados 23 curanderos con una paridad en términos de sexo y con una población envejecida para la realidad provincial, en la que el grupo etario más numeroso es el de 50 a 59 años, lo que nos permite hipotetizar sobre una instrucción previa en la relación maestro-aprendiz, aunque no hemos encontrado información probatoria de esta hipótesis. Una población cuyos integrantes, al igual que otros habitantes de la provincia, estaban casados y posiblemente asentados en sus hogares, escasamente alfabetizados, aunque en este grupo la alfabetización superaba en términos porcentuales a la media provincial. Pero lo que más llama la atención es el

asentamiento: podemos visualizar que estos actuaban en mayor medida en los departamentos del sur: San Gerónimo y Rosario, que eran los más ricos y más poblados, por lo cual podemos pensar en ciertas disputas del curanderismo con la medicina académica por un mercado creciente tanto a nivel rural como urbano.

Por otra parte, podemos observar que los nacidos en Santa Fe eran una minoría en relación con el total; en efecto, consideramos que, por las características que tenía, el mercado terapéutico atraía a curanderos que migraban esencialmente de las provincias lindantes, pero estos no eran los únicos, ya que también se encuentran extranjeros que practicaban el curanderismo en la ciudad de Rosario y en las zonas de las colonias, lo cual podría indicar que los colonizadores traían o atraían a sus propios practicantes empíricos.

El análisis de las viviendas nos permite observar que los curanderos se asentaban en los sectores populares que eran esencialmente su clientela. Los curanderos fueron parte de esos sectores y se ocuparon de ellos.

Fuentes

Argentina (1872). *Primer Censo de la República Argentina*. Imprenta el Porvenir, Buenos Aires.

Argentina (1869). *Censo de población de 1869.*

Bibliografía

Celton, Dora (1992). "La mortalidad en la ciudad de Córdoba (Argentina) entre 1869 y 1990". *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica,* 10(1), 31–58.

Di Liscia, María Silvia (2002). *Saberes, terapias y prácticas médicas en Argentina (1750–1910).* Madrid: CSIC.

Djenderedjian, Julio (2008). “La colonización agrícola en Argentina, 1850-1900: problemas y desafíos de un complejo proceso de cambio productivo en Santa Fe y Entre Ríos”. *América Latina en la Historia Económica,* 30, 127-157.

Fleitas, Mirta (2007). “¡Queremos a Mano Santa!: actores y significados de una revuelta popular acontecida en 1929 en San Salvador de Jujuy”. *Salud Colectiva,* 3, 301-313.

Fleitas, Mirta (2014). *Médicos y curanderos de San Salvador de Jujuy a comienzos del siglo XX.* Tesis de doctorado en Historia, Universidad de Jujuy, Argentina.

González Leandri, Ricardo (2006). “La consolidación de una inteligentzia médico profesional en Argentina: 1880-1900”. *Diálogos. Revista Electrónica de Historia,* 7(1), 36-78.

Márquez Valderrama, Jorge, García, Víctor y Montoya, Piedad (2012). “La profesión médica y el charlatanismo en Colombia en el cambio del siglo XIX al XX”. *Quipu,* 14(3), 331-362.

Márquez Valderrama, Jorge y Estrada, Víctor (2018). “Culebrero, tegua, farmaceuta y dentista. El Indio Rondín y la profesionalización médica en Colombia, 1912-1934”. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura,* 45(1), 79-104.

Martiren, Juan Luis (2012). “Lógica de planeamiento y mercado inmobiliario en las colonias agrícolas de la provincia de Santa Fe. Los casos de Esperanza y San Carlos (1856–1875)”. *Quinto Sol,* 16(1), 1-16.

Rivero, María Dolores, Carbonetti, Adrián y Rodríguez, María Laura (2017). “Alternativas al saber diplomado en la escena pública: una aproximación al curanderismo a partir de la prensa escrita de las ciudades de Córdoba y de Buenos Aires, Argentina en la década de 1920”. *Historia y Sociedad,* (33), 19-43.

Rivero, María Dolores y Vanadía, Laura (2018). “En los márgenes de la biomedicina: perspectivas en torno a

la práctica ilegal de la medicina en Córdoba y Buenos Aires. 1920-1930". *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, (11), 98-121.

Rivero, María Dolores y Carbonetti, Adrián (2019). "¿Explotadores de la salud? Un estudio sobre miradas médicas desde Córdoba, Argentina, en torno a saberes empíricos vinculados a las prácticas de curar (1930-1940)". *Folia Histórica del Nordeste*, (34), 65-90.

Rodríguez, María Laura (2006). *Perspectivas en torno a la consolidación de la elite médica de Córdoba, epidemias y estado. 1878– 1923.* Tesis de Licenciatura en Historia, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Rodríguez, María Laura, Aizenberg, Lila y Carbonetti, Adrián (2018). "Construcciones de género sobre las mujeres curanderas: miradas desde la medicina y el periodismo en la ciudad de Córdoba, Argentina, durante las décadas de 1920 y 1930". *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, (12), 120-141.

Rodríguez, María Laura, Carbonetti, Adrián y Andreatta, María Marta (2013). "Prácticas empíricas y medicina académica en Argentina. Aproximaciones para un análisis cuanticualitativo del Primer Censo Nacional (1869)". *Historia Crítica*, (49), 81-108.

Ratier, Hugo (1972). *La medicina popular*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Sedran, Paula, Carbonetti, Adrián y Allevi, Ignacio (2018). "Juan P. Quinteros, espiritista. Disputas por los sentidos legítimos del arte de curar. Santa Fe, fines del siglo XIX". *Revista de Indias*, 78(274), 819-843.

Somoza, Jorge (1971). *La mortalidad en la argentina entre 1869 y 1960.* Buenos Aires: Centro de Investigaciones Sociales, Instituto Torcuato Di Tella.

Velázquez, Guillermo y Otero, Hernán (2019). "La calidad de vida por departamentos, provincias y regiones en el primer censo nacional (1869)". *Folia Histórica del Nordeste*, (34), 7-37.

El papel de la prensa durante la pandemia de gripe española en la ciudad de Santa Fe (1918-1919)

Gabriela Molina

En el transcurrir del año 2020, la atención de los medios masivos de comunicación estuvo centrada en la pandemia causada por el nuevo coronavirus, que desde China se expandió a gran velocidad por el mundo. Como sucede frente al surgimiento de una enfermedad nueva, se desconocía cuán contagiosa o mortal era, y si el patógeno que la provoca varía poco, como el virus del sarampión, o mucho, como el de la gripe.

Un siglo antes, se vivió una situación de incertidumbre similar mientras se extendía, entre 1918 y 1919, la llamada *Spanish flu*, *Spanish lady* o "gripe española". Considerada la mayor catástrofe sanitaria del siglo XX, produjo en menos de un año la pérdida de entre 25 y 50 millones de personas (González García, 2013). Esta pandemia fue causada por un brote de influenza de virus A del subtipo H1N1, y, en ese entonces, el conocimiento que se tenía de la enfermedad y sobre sus posibles terapéuticas también fue tema tratado cotidianamente en los medios de comunicación de la época.

En mayo y junio de 1918, los periódicos argentinos comenzaron a dar noticias referidas a una extraña enfermedad que estaba haciendo estragos en España. En octubre de 1918, la epidemia llegó a la Argentina y su puerta de ingreso fue el puerto de Buenos Aires. El impacto sobre la población fue dispar y se desarrolló en dos oleadas: la primera hacia fines del año 1918, que afectó especialmente las provincias de la región central y el litoral y que fue relativamente benigna y con baja mortalidad; la segunda

oleada se produjo en el otoño –invierno de 1919– y afectó todo el territorio nacional, impactando más fuertemente en términos de mortalidad en las regiones del norte de Argentina, para diseminarse posteriormente, aunque con mucha menor fuerza, por las provincias del centro del país. La segunda oleada, la del invierno de 1919, provocó 12.760 muertes, de forma que la enfermedad dejó un saldo total de 14.997 muertes (Carbonetti, 2010).

En este artículo analizaremos el tratamiento que los medios de prensa santafesinos hicieron sobre la pandemia de influenza en 1918-1919, indagando sobre su papel como medio de divulgación de preceptos científicos y sobre las disposiciones que establecieron las autoridades municipales para afrontarla.

Santa Fe a comienzos de siglo XX

A principios del siglo XX, Santa Fe vivía un proceso de grandes transformaciones, con la redefinición de la estructura urbano-arquitectónica, la modificación de las relaciones ciudad–territorio y el crecimiento de la población (Gioria, 2006). Un aspecto importante de este fenómeno fue la preponderancia que adquirió la acción estatal en esta etapa del proceso modernizador (Collado, 1996). La integración de la Argentina en la economía mundial desde mediados del siglo XIX revolucionó en pocas décadas la fisonomía social, política y económica del país (Ferrer, 1963). La población santafesina crecía como consecuencia de la inmigración recibida por la integración de la provincia de Santa Fe al nuevo sistema agroexportador.[1] Este espacio dedicado a la producción de cereales y oleaginosas para la venta en el

1 La población de la ciudad de Santa Fe en 1918 se estimaba en 77.535 personas y, en 1919, en 80.572, en un proceso de aumento sostenido desde comienzos del siglo XX. Entre 1895 y 1914, uno de cada tres habitantes era extranjero (Censo Municipal de Población, 1923. AGPSF).

mercado mundial necesitó que la ciudad le proveyera insumos y servicios, le transformara la materia prima (surgieron pequeñas fábricas, molinos, talleres) y la conectara a través de caminos y vías del ferrocarril (Cervera, 2011).

Hasta bien entrada la primera década del siglo XX, las enfermedades infectocontagiosas eran un dato recurrente de la vida de la ciudad y un elemento decisivo en la mortalidad. A partir de la última epidemia de cólera sufrida por los santafesinos en 1886 (tal como en otras ciudades de Argentina), el gobierno municipal tomó distintas medidas e insistió en extender las obras de salubridad. Las medidas sanitarias adoptadas para hacer frente a las epidemias y la construcción de hospitales y de otras instituciones dedicadas al cuidado de la salud nos demuestran también el impacto de la bacteriología en la sociedad, sumando a la veneración por la limpieza la lucha contra los gérmenes y microbios. Esta higiene era el resultado de dos preocupaciones: por un lado, evitar el contagio que el cíclico impacto de las epidemias traía consigo; por el otro, utilizar la higiene como uno de los tantos recursos destinados a incorporar a gran parte de la población a la vida moderna (Armus y Belmartino, 2001).

En este contexto, se dio también un proceso de creciente medicalización (González Leandri, 2006), aunque conflictivo e incompleto, en el que los profesionales de la salud fueron conformando su campo a la vez que construían la esfera de la salud pública. En este artículo veremos el lugar que le dio la prensa a su accionar durante la epidemia de gripe española en la atención de la salud de los santafesinos.

La prensa y la divulgación científica

Tal como comprobamos en el caso de la pandemia de covid-19, los medios de comunicación ofician de espacios de encuentro entre los especialistas, el conocimiento

científico y el público. Esta mediación no está desprovista de operaciones ideológicas (Calsamiglia, 2000). La actividad periodística es un factor preponderante en cuanto a las imágenes y representaciones que las personas se forjan en relación con un acontecimiento. Tendremos en cuenta el supuesto de que las notas de tipo informativo trasuntan operaciones ideológicas, derivadas de las concepciones que tenían los periodistas sobre el trasfondo social de principios del siglo XX.

El tratamiento cotidiano de la información incrementó los intereses de la ciudadanía en algunos hechos científicos, lo que los convirtió en temas destacados en las publicaciones durante el desarrollo de la pandemia. Con títulos como "La enfermedad de moda. La influenza", "La Grippe[2]", "La enfermedad del día", la pandemia de influenza fue noticia cotidiana desde octubre de 1918 hasta agosto de 1919. En esta instancia, vamos a presentar los mensajes transmitidos, sin profundizar en las cuestiones referentes a la producción del discurso ni en sus condiciones de recepción (Cassany y Calsamiglia, 2001). Pese a los límites de la función educativa de los medios masivos de comunicación (Garret, 1987), la prensa es muy útil para elevar el nivel de conciencia de la población. Es fundamental destacar, entonces, que, aunque la información no es suficiente para promover un cambio de conducta, es un ingrediente esencial en una exitosa estrategia de salud pública, sobre todo contra el flagelo de una pandemia.

La vida en las ciudades estuvo marcada por epidemias. Por eso, el descubrimiento de la enfermedad como problema social se dio no porque antes no existieran, sino porque fue hacia fines del siglo recién cuando se las relacionó con otras urgencias y con una nueva convicción que

2 Carbonetti (2010) aclara que Grippe fue la denominación dada por parte de las autoridades sanitarias y por los médicos en general. Posiblemente, la doble P haya sido el elemento diferenciador de la enfermedad que aparecía todos los años, menos devastadora y recurrente.

indicaba que era posible y necesario hacer algo que las evitara. Los higienistas fueron figuras clave para la formulación de políticas destinadas a responder las cuestiones de salud, que comenzaron a tener peso porque se hablaba de entender y preservar la salud del pueblo, que es todo lo que se refiere a su bienestar, por lo cual la higiene fue presentada como un valor universal, situado por encima de las diferencias sociales.

Una referencia ineludible resulta el trabajo de Liane Bertucci sobre el discurso médico durante la epidemia de influenza de 1918, en Sao Paulo. La autora advierte que instruir a la población sobre los procedimientos a seguir durante la epidemia y sobre cómo medicarse durante ella no significa compartir y trasladar a la práctica ese discurso. Pero sí incrementó la vulgarización de términos o nociones como "síntoma", "microbio", "profilaxis", entre otros, a los no iniciados. La insistencia en el cuidado de la propia salud, de una dolencia y su posible tratamiento posibilitó popularizar la ciencia médica y las acciones de sus representantes (Bertucci, 2004).

La prensa santafesina durante el desarrollo de la pandemia

Los diarios utilizados para nuestro análisis son los disponibles digitalizados en el Archivo Histórico Provincial de Santa Fe. El diario *Nueva Época*, uno de los más importantes que circularon en el período, fue fundado en 1886 por el Dr. David Peña, Floriano Zapata y Diego Fernández Espiro. Defensor de la Iglesia y del catolicismo, declarado opositor del radicalismo, reconocía las virtudes del programa radical y sus logros: honestidad administrativa, respeto a las instituciones, libertad electoral (*Nueva Época*, 15 de mayo de 1915). El diario *Santa Fe*, fundado en 1912 por Don Salvador Espinosa, con el objetivo de ofrecer el lugar "donde

el pueblo lograra escuchar su propia voz"; fue el vocero popular de la ciudad capital. Contaba con "plumas honradas" como Domingo Silva, integrante del primer cuerpo docente de Colegio Nacional (Cervera, 2011: 60). Enrolado en la modernización, aglutinó a muchos que se destacaban en la educación de la ciudad, como Enrique Muzzio y Juan Beleno, y, encolumnados en su tarea de difusión periodística, Gerónimo Cello y Manuel Cervera (Cervera, 2011: 63-64).

Existen casos en que la prensa usó la pandemia como argumento de crítica a las distintas instancias de gobierno, nacional, provincial y municipal (Carbonetti y Rizzi 2015). Carbonetti y Rizzi toman tres periódicos: *La Nación, La Voz del Interior* y *Nueva Época*, que se publicaban en las ciudades de Buenos Aires, Córdoba y Salta, respectivamente. Considerados desde una mirada política, analizan las estrategias que estos medios utilizaron para criticar e imponer agendas de discusión a los gobiernos de turno.

A diferencia de lo que sucedía en esas ciudades, las noticias publicadas referentes al desarrollo de la pandemia de gripe en el ámbito local santafesino presentan una cierta uniformidad y acompañamiento de las medidas que tomaba el gobierno de la ciudad para afrontar la pandemia. En ambas publicaciones consideradas, se bregaba insistentemente por la salud pública. Era un tema de actualidad, publicado generalmente en las primeras páginas; se señalaba con preocupación la mortalidad infantil y la presencia de enfermedades como la peste bubónica, la tuberculosis, el paludismo y el sarampión. Esto se asociaba a la vida de hacinamiento en ranchos, conventillos, casas viejas y de alquiler. Frente a esto, el diario *Santa Fe* expresaba: "Hay dos formas de velar por la salud. Combatiendo el mal al dar fe de vida, sistema represivo; o evitar que se produzca, con el empleo de una severa prevención (*Santa Fe*, 5 de enero de 1918).

Las deficiencias de la situación sanitaria santafesina señaladas por la prensa podían resolverse mediante soluciones "higienistas" (Collado, 1996: 13). Tal como afirma

Armus, mientras las enfermedades infecciosas dominaron los modos de morir y enfermar de la gente, hubo un marcado énfasis en la lucha antiepidémica asentado en los temores generalizados del contagio, la higiene defensiva, la moralización de las masas, las preocupaciones por el equipamiento urbano y la pobreza (Armus, 2011).

El desarrollo de la epidemia y las percepciones médicas de sus síntomas

El desconcierto y la incertidumbre de la medicina sobre la enfermedad podían apreciarse en los debates que se llevaban a cabo en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, en noviembre de 1918. Allí los médicos presentaban sus diferentes opiniones sobre esta dolencia (Rivero y Carbonetti, 2016), debatían y sustentaban posiciones encontradas con respecto al agente causante de la epidemia, sobre su desarrollo como dolencia y la forma como había llegado a la Argentina.

La pervivencia de las concepciones premodernas de la enfermedad[3] se evidencia en algunas publicaciones de la prensa santafesina contemporánea a la pandemia de gripe de 1918-1919, por ejemplo, en la opinión de quienes asociaban la influenza con las fuerzas físicas de la atmósfera, difundidas por “pesadas nubes cargadas de electricidad y sabe Dios de qué… deshechas en lluvia sobre la capital” (*Santa Fe*, 30 de octubre de 1918).

---

[3] En sus orígenes, el término “influenza” estaría en relación con la supuesta “influencia de los astros” (haciendo referencia a la doctrina bajomedieval y renacentista acerca de la relación entre influjos astrales y aparición del cuadro morboso). Esta teoría ha sido reconsiderada y reelaborada en distintas versiones, situando el origen del virus en el espacio, desde donde se habrían desplazado a la Tierra a través del polvo estelar. Mendez Álvaro, *Reflexiones acerca del catarro pulmonar epidémico que vulgarmente se conoce bajo el nombre de Gripe,* Madrid (1837) citado en Porras Gallo, M. *Una ciudad en crisis: la epidemia de gripe de 1918-19.* Facultad de Medicina, Madrid. 1194.

En octubre de 1918, la prensa santafesina advirtió que la "grippe" se extendía por todo el país. Con el título "En previsión de que nos visite la 'grippe'" (*Nueva Época,* 23 de octubre de 1918), se presentó una entrevista realizada al director de la Asistencia Pública Dr. Sañudo, quien señaló que se intensificarían las desinfecciones y se aumentaría el presupuesto para sanidad, contando con la cooperación del intendente Dr. Rodríguez.[4]

Pese a su "benignidad" o a presentarse "bajo un aspecto de fácil dominio" (*Santa Fe,* 24 de octubre de 1918), era conveniente tomar recaudos. Se insistía en detallar los síntomas de la enfermedad: dolor de cabeza, dolor de garganta e irritación de las mucosas y malestar general indefinido en el aparato digestivo, fiebre que alcanza los 39-40 grados o más (*Santa Fe,* 22 de octubre de 1918). En una carta publicada en el diario *Nueva Época,* un médico de Buenos Aires le señala a un colega santafesino que, de los análisis efectuados a vivos y muertos, "no se han encontrado más microbios que el de Pfeiffer (influenza) y Neumococos (neumonía) [por lo que concluye que se trata de] una grippe forma hipertòxica y nada más" (*Nueva Época,* 7 de noviembre de 1918).

Una vez confirmada la epidemia, la prensa buscó informar a la población de una manera equilibrada, evitando que se extendiera el pánico. Un médico santafesino aclaraba en un medio local:

> Aconséjales a todos que no tengan miedo, que la forma es benigna y si existen casos graves, es por la complicación pulmonar, y además que la mayoría de los muertos han sido ya individuos con afecciones graves […]. En la cantidad de enfermos habidos, los decesos no han sido tantos (*Nueva Época,* 7 de noviembre de 1918).

4 Al asumir como intendente, se publicó una entrevista al Dr. Rodríguez, a quien se describió como un hombre culto, enérgico y resuelto, y para quien la salud pública tendría una atención de preferencia (*Santa Fe,* 2 de julio de 1918).

La prensa transmitía el alerta intentando no atemorizar a los ciudadanos. Para ello complementaba los mensajes de las autoridades con los de los expertos. Como, por ejemplo, cuando se citaba a un "eminente clínico italiano, el Dr. P. Goggia, de la Universidad de Génova", quien detallaba las formas clínicas de la influenza y también advertía de sus complicaciones más comunes (*Santa Fe,* 22 de octubre de 1918).

La lectura pormenorizada de titulares y textos refleja un mimetismo generalizado en la cobertura de la gripe por los diferentes diarios, ya que con frecuencia encontramos titulares muy similares y, sobre todo, informaciones prácticamente idénticas, cuyas fuentes de información eran generalmente las mismas. El tipo de fuentes más utilizadas por estos medios eran las institucionales –Concejo Deliberante, Intendencia, Asistencia Pública–, la prensa de Buenos Aires y la consulta a médicos reconocidos.

Hacia fines del mes de octubre, se informó la elevación del número de afectados invocando el motivo de la gripe: en el personal de policía, en la oficina de correos, en la Imprenta Oficial, en la cárcel penitenciaria, en la empresa de tranvías y oficinas del ferrocarril, en los bancos y casas de comercio, en las oficinas públicas y en el personal de salud de la ciudad. Sin embargo, siempre se aclaraba que seguía "conservando su benignidad" (*Nueva Época,* 31 de octubre de 1918).

Para el mes de noviembre de 1918, se anunció la "declinación de la epidemia gripal" en Santa Fe; se advertía que, para este momento, lo más grave no era la epidemia en sí, sino que las personas le habían perdido el miedo y se olvidaban de las precauciones que había que adoptar para evitar las recaídas, que suelen ser fatales (*Santa Fe,* 10 de noviembre de 1918). Ante la reaparición de la epidemia en Buenos Aires, en el mes de abril de 1919, los medios de comunicación santafesinos recordaron a las autoridades médicas la necesidad imperante: "[…] velar constantemente

porque no se introduzca entre nosotros" (*Santa Fe*, 14 de abril de 1919).

Hemos visto que las características y síntomas de la enfermedad fueron aspectos centrales en el tratamiento periodístico sobre la pandemia de gripe. También lo serían las medidas profilácticas y curativas posibles de adoptar para combatirla.

Tratamientos contra la gripe

Al investigar sobre los tratamientos aplicados para la cura de esta enfermedad, comprobamos que, tal como afirma Armus, las enfermedades llevan consigo prácticas y construcciones discursivas que reflejan la historia intelectual e institucional de la medicina, generando la oportunidad para el desarrollo y la legitimación de políticas públicas, canalizando ansiedades sociales de todo tipo y sancionando valores culturales (Armus, 2001: 44).

El uso de los tratamientos empleados para combatir la gripe sufrió modificaciones a lo largo de los años. Durante mucho tiempo, la gripe fue una de las afecciones catarrales, por lo que su tratamiento fue básicamente el del catarro; este consistió en la práctica de sangrías generales y locales, combinadas con revulsivos y evacuantes (Armus, 2001: 44). Los purgantes fueron limitados a la fase inicial de la enfermedad, y reaparecieron en el siglo XIX como uno de los principales remedios contra la gripe. En el último tercio del siglo XVIII, a estos tratamientos se les sumaron las sales de quinina, empleadas por primera vez en Alemania (Armus, 2011: 35). En nuestro caso, la creencia en que era un tratamiento específico de la gripe se evidencia en la medida extrema adoptada por el Concejo Deliberante santafesino, que exigió la requisición de sales de quinina de todas las farmacias de la ciudad a través de la Ordenanza Municipal n.º 1796 (*Santa Fe*, 22 de octubre de 1918).

En lo referente al tratamiento de la epidemia de gripe, el periodismo local cumplió con el papel de la divulgación científica. Tanto el diario *Santa Fe* como *Nueva Época* actuaron de mediadores entre los médicos y el resto de la sociedad, con el objetivo de transmitirle a esta el conocimiento científico que consideraban de interés general, o del que se disponía entonces. Se utilizaron distintos géneros discursivos, además de ofrecer información directa en crónicas que narraban ciertos sucesos y explicaciones a través de notas editoriales o de opinión. En esta difusión de contenidos, podemos identificar un propósito educativo, sentando las bases para que la sociedad incorporara a su forma de vida hábitos saludables.

A esto se debe la insistencia en los cuidados personales:

> La gravedad depende de las malas condiciones individuales. Debe hacerse, pues, lo posible por llevar una vida ordenada, evitando así las causas que podrían favorecer el desarrollo de síntomas graves en caso de enfermar. Conviene mantener limpio el cuerpo; ser riguroso con la higiene de las fosas nasales, boca y manos que deberán ser lavadas varias veces en el día; comer con método y sin excesos; purgarse si así lo exige el estado del aparato digestivo; no concurrir a lugares donde haya aglomeración de público y evitar toda causa de depresión nerviosa, como ser el exceso de fatiga física y mental u otras determinaciones de inferioridad fisiológica (*Santa Fe*, 22 de octubre de 1918).

La información difundida por los medios pretendía también activar en el público la conciencia de la responsabilidad individual y el aporte personal al resguardo de la salud pública. Para el cuidado personal, se indicaban los siguientes tratamientos:

> […] tomar la cama, purgarse, observar dieta rigurosa y hacer uso de tisanas calientes (flores expectorantes, sauco, etc.). Para los dolores de cabeza o del resto del cuerpo puede tomarse un sello con la siguiente fórmula Fenacetina, 0.40 cm., piramidón, 0.20 cm. Hacer fricciones con tintura blanca

> o alcohol alcanforado en las piernas o partes doloridas. [...]. La mosca[5] es uno de los vehículos más probado de la gripe, y por consiguiente urge hacerle una guerra sin cuartel (*Santa Fe*, 10 de noviembre de 1918).

Se recomendaba que la primera medicina a tomar fuera "un purgante salino de preferencia". Sin embargo, finalmente se advertía:

> No se conoce en la actualidad medicación alguna profiláctica para evitar la propagación del proceso ni atajar su desarrollo, como tampoco se conocen sueros ni vacunas que puedan preservar de la enfermedad o ayudarnos a combatirla. El único preservativo eficaz tiene por base el aislamiento posible de sanos y enfermos. El régimen alimenticio sano, la aireación y la extrema limpieza son la base en que descansa la lucha contra esta enfermedad (*Nueva Época*, 3 de octubre de 1918).

La epidemia dejó de considerarse en el antiguo concepto de influencia de las condiciones atmosféricas o climáticas para destacarse el contagio interhumano.

> El contagio se hace por todo aquello que proviene del enfermo o que ha estado en su contacto con el mismo. Todas las secreciones del enfermo tales como mucosidades, lágrimas, salivas, etc. Son contagiosas [...]. El aliento, la tos y el estornudo, llevando partículas de saliva o de moco, contagian a los que lo rodean, y el beso es un medo seguro de contagio (*Nueva Época*, 2 de noviembre de 1918).

---

5 Debido a la abundancia de pulgas en los lugares donde la gente enfermaba, el doctor uruguayo Gaminara señalaba, al pretender identificar al vector de la enfermedad: "Pues bien, en las dos ondas epidémicas de los años 18 y 19 hemos notado la existencia de gran cantidad de pulgas en todas partes: en teatros y biógrafos era público y notorio su abundancia; en los tranvías y automóviles continuamente uno pescaba algún ejemplar cuando no varios, que llevaba diariamente a su casa". En *Anales de la Facultad de Medicina*. Tomo V. Montevideo, 1920. "¿Pulex irritans puede trasmitir la Grippe?", pp. 215-226.

Contra la idea de que la enfermedad sería entonces un ser perteneciente a la naturaleza, la tesis fisiologista proponía que las afecciones agudas provenían de la gastroenteritis (Bourdelais, 1999). Estas ideas persistían en el trasfondo de las recomendaciones médicas y de las autoridades para la prevención y atención de los enfermos de gripe, cuando se insistía en la recomendación de purgarse y mantener limpio el organismo para evitar enfermarse.

Por otra parte, la prensa divulgaba la posibilidad del desarrollo de una vacuna contra la gripe:

> [El Dr. Krauss, del Hospital Alemán,] aconseja al departamento de Higiene la vacunación preventiva contra la influenza consistente en una preparación mixta de un vintigrado cúbico de bacilos pleuff con neumococos y stretacocos. Cree el doctor Krauss que es la oportunidad de ensayar esta vacuna (*Santa Fe*, 27 de octubre de 1918).

Los medios informaron que eran muchas las personas que concurrían al Instituto Bacteriológico para inyectársela, pese a que aún no se habían obtenido resultados concretos (*Santa Fe*, 31 de octubre de 1918). Sin embargo, esta se haría obligatoria, por indicación del Departamento Nacional de Higiene, en el Ejército, la Marina y reparticiones públicas.

Medidas adoptadas

La difusión de las políticas adoptadas por la Municipalidad de Santa Fe fue una de las funciones desempeñadas por los periódicos durante este período. El antecedente de la epidemia de cólera en noviembre de 1886 pudo estar relacionado con la fuerte insistencia en la prevención, que originó, de parte de las autoridades, una serie de medidas para mejorar la higiene pública. Se aconsejaba: “Por lo tanto, constitúyase usted en guardián de su propia salud y en la de sus semejantes, si quiere ver pronto alejado al terrible

como invisible enemigo que nos acecha" (*Santa Fe*, 29 de octubre de 1918).

La actitud activa del Estado municipal era reconocida y aplaudida por la prensa local, haciendo hincapié en que "prevenir no es alarmar". Las medidas higiénicas no tienen como único fin impedir el contagio, sino evitar que la propagación sea demasiado rápida y provoque la falta de medios de asistencia. Es la simultaneidad en la solicitud de asistencia lo que sobrepasa cualquier sistema de salud. Según la opinión del periódico, eso era lo que se evitaría si se seguían los consejos de la Asistencia Pública (*Santa Fe*, 26 de octubre de 1918).

En el artículo 118 de la ordenanza 118, se establecieron multas a los infractores, médicos y jefes de familia que no cumplían la ley al ocultar casos sospechosos o diagnosticados de enfermedades infectocontagiosas. "Para explicar esa aversión del pueblo a la tutela oficial, se ha hecho circular malévolamente la noticia de que la Asistencia Pública recluye a los enfermos denunciados en la Casa de Aislamiento. No hace falta desmentirlo" (*Santa Fe*, 23 de octubre de 1918).

Las medidas tomadas en la Ordenanza n.° 1.797 del Concejo Deliberante municipal para prevenir la epidemia de gripe respondían a antecedentes de epidemias previas, a lo que se sumaba el desconocimiento que se tenía en referencia a la gripe en particular. La prohibición de venta de frutas y de helados en las calles se apoyaba en el argumento de que en el polvo podía haber gérmenes del contagio. Las infracciones se sancionaban con multas y decomisos (*Nueva Época*, 21 de octubre de 1918).

Las autoridades sanitarias realizaban la inspección y desinfección de todas las casas de inquilinato y conventillos existentes (*Nueva Época*; 24 de octubre de 1918). En octubre, ante el aumento de casos, se denunció que la Asistencia Pública debía pedirle a la intendencia municipal más operarios, a fin de que "la desinfección [fuera] tan rápida como lo recla[maban] las circunstancias" (*Santa Fe*, 23 de octubre de 1918).

Podemos apreciar en las medidas adoptadas por el Concejo Deliberante municipal la pervivencia de la teoría miasmática y del contagio (Carbonetti y Rodríguez, 2007). Con respecto a

las desinfecciones, fue usual en distintos lugares del mundo que las autoridades las ordenaran con carácter obligatorio desde el principio mismo de la epidemia. Esta medida era inútil en la lucha contra la gripe, cuyo virus se transmite directamente de persona a persona por la expulsión de saliva.

Un fenómeno que es una constante cuando aparece alguna epidemia: la especulación alrededor de ciertos productos con los cuales se cree que es posible preservarse de la enfermedad. A fin de evitar la suba indiscriminada de estos productos, se dictó, como ya mencionamos, la Ordenanza n.° 1.796 del Concejo Deliberante municipal referente a la prohibición de la venta en farmacias y droguerías del municipio de las sales de quinina y de su requisición (*Santa Fe*, 22 de octubre de 1918). Otra medida que se menciona en el diario es la confección y reparto por parte de la Asistencia Pública de una hoja en la que se asentaban las precauciones que debían observarse para prevenirse en contra de la gripe (*Santa Fe*, 23 de octubre de 1918).

En noviembre de 1918, se registró un gran número de decesos a causa de la gripe; la prensa informó el decreto de la intendencia mediante el cual se procedía a la clausura de espectáculos públicos. El incumplimiento se castigaría con multas de doscientos pesos y se podía disponer el cierre de sus comercios con el auxilio de la fuerza pública (*Nueva Época*, 1 de noviembre de 1918).

Conclusiones

A través de la prensa local y las medidas adoptadas, comprobamos que, en la necesidad de explicar y combatir la epidemia, han predominado los criterios médicos de la época. La gripe llegó a Santa Fe y una serie de medidas fueron adoptadas por parte del estado municipal a fin de evitar su propagación. La toma de medidas precautorias y las amenazas de sanciones monetarias y del uso de la fuerza pública son evidencia de la mayor intervención estatal en momentos de una posible eminente crisis debido

a esta pandemia. Medidas que la prensa difundió y apoyó, aun desde los distintos posicionamientos políticos.

Las epidemias dejaron de ser pensadas como un acontecimiento inevitable y una tragedia individual, y devinieron en asunto de política pública. Este cambio fue operado por la consolidación del higienismo, pensamiento acerca del cuerpo social, de la vida urbana y del *bienestar* de la población, que articuló intervenciones más o menos coercitivas, policiales y preventivas y que fue promovido por la prensa santafesina desde las publicaciones analizadas.

Bibliografía

Aizenberg, Lila y Rodríguez, María Laura (2015). *Procesos de salud, enfermedad y prácticas de curar en la provincia de Córdoba: miradas interdisciplinarias en la construcción del conocimiento*. Córdoba: CIECS-CEA.

Armus, Diego (2011). "De la Salud Pública a la Salud Colectiva". *Voces en el Fénix*, 2(7), 28-33.

Armus, Diego (2001). "Cuando los enfermos hacen huelga. Argentina, 1900-1940". *Estudios Sociales,* 20, 53-80.

Armus, Diego y Belmartino, Susana (2001). "Enfermedades, médicos y cultura higiénica". En Cataruzza, Alejandro (dir.). *Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política.* Nueva Historia Argentina. Buenos Aires: Sudamericana.

Bertucci, Liane (2004). *Influenza, a medicina enferma*. Sao Paulo: Editora Universidad del Estado de Campinas.

Bourdelais, Patrice (1999). *La población en Francia siglos XVIII–XX.* México: Instituto Mora.

Carbonetti, Adrián (2010). "Historia de una epidemia olvidada. La pandemia de gripe española en la Argentina, 1918-1919". *Desacatos*, 32, 159-174.

Carbonetti, Adrián y Rodríguez, María Laura (2007). "Las epidemias de cólera en Córdoba a través del periodis-

mo: la oferta de productos preservativos y curativos durante la epidemia de 1867-68”. *Història, Ciencia, Saùde–Manghinos*, 4 (2), 405-419.

Carbonetti, Adrián y Rizzi, Gastón (2016). “Epidemia, periodismo y oposición política. El caso de la gripe española en la Argentina en periódicos de Buenos Aires, Córdoba y Salta”. En Aizenberg, Lila y Rodríguez, María Laura. *Procesos de salud, enfermedad y prácticas de curar en la provincia de Córdoba: miradas interdisciplinarias en la construcción del conocimiento.* Córdoba: CIECS–CEA.

Calsamiglia, Helena (2000). “Decir la ciencia: las prácticas divulgativas en el punto de mira”. En Kornblihtt, Ana Lía. *El sida en la prensa escrita argentina*. Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA s/p.

Cassany, Daniel y Calsamiglia, Helena (2001). “Voces y conceptos en la divulgación científica”. *Revista Argentina de Lingüística,* 11(15), 175–208.

Cervera, Felipe (2011). *La Modernidad en la ciudad de Santa Fe. 1886–1930. Historia de un desarrollo incompleto.* Santa Fe: edición del autor.

Collado, Adriana (1996). “Santa Fe a principios del s. XX. Condiciones de habitabilidad e Higiene Pública”. *Rev. JPEH de Santa Fe*, 61, s/p.

Collado, Adriana (1998). “La higiene pública como factor de la modernización urbana. El caso de Santa Fe, 1980-1910”. *Documento de trabajo Cehis*. Santa Fe: UNL.

Ferrer, Aldo (1963). *La economía argentina. Desde sus orígenes hasta principios del siglo XXI*. México: Fondo de Cultura Económica.

Garret, Laurie (1987). *The Newsletter of the National Association of Science Writers,* 35.

Gioria, Blanca (2005). “Construcción del territorio y del espacio de la ciudad de Santa Fe. Desde la llegada de los inmigrantes hasta la crisis mundial del 30“. *América,* 18, s/p.

González García, Alberto (2013). "Avances y tendencias actuales en el estudio de la pandemia de gripe de 1918–1919". *Vínculos de Historia,* 2, 309-330.

González Leandri, Ricardo (2006). "La consolidación de una intelligentzia médico profesional en Argentina: 1880-1900". *Diálogos. Revista Electrónica de Historia,* 7(1), 37-78.

Kornblihtt, Alberto (2003). *El sida en la prensa argentina*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani-UBA.

Porras Gallo, María Isabel (1994). *Una ciudad en crisis: La epidemia de gripe de 1918–1919 en Madrid.* Tesis de doctorado. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Rivero, María Dolores y Carbonetti, Adrián (2016). "La gripe española en perspectiva médica: los brotes de 1918-1919 en la escena científica argentina". *Rev. Cienc. Salud,* 14(2), 281-293.

Caracteres sociodemográficos de médicos y boticarios en la provincia de Santa Fe de acuerdo con el censo de 1869

Javier Gómez y Adrián Carbonetti

Introducción

La historia de la medicina a lo largo de su existencia y por su mismo basamento ha tomado como objeto de estudio a los médicos. Las primeras revisiones históricas, por lo menos en Argentina, ponían el acento en el accionar de la medicina y en la lucha de los galenos contra las enfermedades. En este último caso, eran los mismos médicos quienes llevaban a cabo estas historias, pues ostentaban el monopolio de la historia de sus prácticas (Carbonetti, Aizemberg y Rodríguez, 2013: 146). Esta apreciación es confirmada por Armus, quien observa:

> Tradicionalmente el tema de la enfermedad ha sido una suerte de coto controlado por los historiadores de la medicina. Fueron ellos los que escribieron no sólo una historia de cambios en los tratamientos sino también las biografías de médicos famosos (Armus, 2002: 43).

Estas perspectivas historiográficas tuvieron una fuerte presencia en la historiografía argentina hasta mediados de la década de 1980, en la que comenzaron a desarrollarse nuevos estudios que Armus (2002: 43) denomina la nueva "historia de la medicina", que tiende a destacar los inciertos desarrollos del conocimiento médico, dialoga con la historia de la ciencia, y discute el contexto social, cultural

y político, dentro del cual se fue generando también un proceso de profesionalización creciente, en especial entre mediados y fines del siglo XIX.

Son muchos los trabajos que se han realizado acerca de la problemática de la profesionalización y la medicalización creciente en Argentina entre mediados y fines del siglo XIX (González Leandri, 1999: 26), pero incluso también antes de esa época, cuando aún este proceso estaba en ciernes, tal es el caso de los estudios que lleva a cabo Mariano Di Pasquale (2018). Ya entrada la segunda mitad del siglo XIX, son altamente significativas las investigaciones de Pablo Souza (2008) que ponen el acento en el asociacionismo médico de Buenos Aires, en especial en el Círculo Médico Argentino. Por otra parte, se han elaborado trabajos referidos a la inserción médica como una burocracia estatal y el proceso de profesionalización y medicalización que se desplegó en la Argentina, especialmente en la Ciudad de Buenos Aires (González Leandri, 2006). Estos análisis, tal vez con una perspectiva distinta, fueron elaborados para el caso de la provincia de Tucumán por María Estela Fernández y María Paula Parolo (2008). En tanto, los trabajos pioneros de Susana Belmartino (2007) ponían el acento en las instituciones médicas durante el siglo XX en Argentina. Por otra parte, las investigaciones acerca de las prácticas y los saberes de médicos prominentes y no tanto de la Argentina de fines del siglo XIX y mediados del XX, llevado a cabo por Adrián Carbonetti y Adriána Álvarez (2008), buscan realizar biografías acerca de los médicos que actuaron en contextos particulares.

Todos estos trabajos –que no son ni pretenden ser exhaustivos– en relación con la historia de la medicina fueron elaborados con base en metodologías cualitativas que ponían el acento en el avance de una profesión como la medicina en un contexto de profesionalización y medicalización que en muchos casos era acicateado por el mismo Estado argentino.

Quizá un tratamiento distinto fue el que recibieron los farmacéuticos y boticarios. En la historiografía argentina, son muchos menos los trabajos que ponen el acento en estas profesiones u ocupaciones. Desde el ya clásico trabajo de Cignoli (1953) sobre la historia de la farmacia en Argentina, han sido realmente pocos los estudios que han puesto el acento en los boticarios y los farmacéuticos en Argentina; solo algunos han observado la relación entre médicos y farmacéuticos (González Leandri, 1998).

Últimamente, y desde una perspectiva cualicuantitativa, surgió un estudio sobre la evolución de médicos, farmacéuticos, dentistas, parteras y enfermeros en la Argentina entre fines del siglo XIX y principios del siglo XX realizado por María Laura Rodríguez, Adrián Carbonetti, María Dolores Rivero y Alejandra Fantín (2018). Este trabajo utilizó datos publicados por los censos de población de 1869, 1895 y 1914, por lo cual había algunas restricciones en relación con la edad, el sexo, la ubicación geográfica y el origen étnico, pero permitió entender la problemática de la acumulación de médicos en algunas ciudades como la de Buenos Aires a lo largo de la historia hasta 1914.

En este trabajo pretendemos realizar un análisis de las profesiones en salud que tienen una base académica combinando dos accesos sobre la misma fuente: el Censo Nacional de 1869: por una parte, la sección del propio censo dedicado a la provincia de Santa Fe y, por otro, las planillas del censo de 1869 que se encuentran en línea en el sitio web Family Search.[1] En este sentido, la combinación de

---

1 Family Search es una organización sin fines de lucro fundada originalmente como la Sociedad Genealógica de Utah, el 21 de noviembre de 1894. Es actualmente la organización genealógica más grande del mundo, con registros genealógicos de más de 110 países, que ha estado reuniendo, preservando y compartiendo por más de 100 años. Comenzó su programa de microfilmación en 1938 y tiene más de 2 millones y medio de rollos. Los índices de estas colecciones de imágenes se publican gratuitamente para todo el mundo después de completar un proceso de indexación con la ayuda de decenas de miles de voluntarios en todo el mundo. Family Search tiene la biblioteca genealógica más grande del mundo. La Iglesia de Jesucristo de los

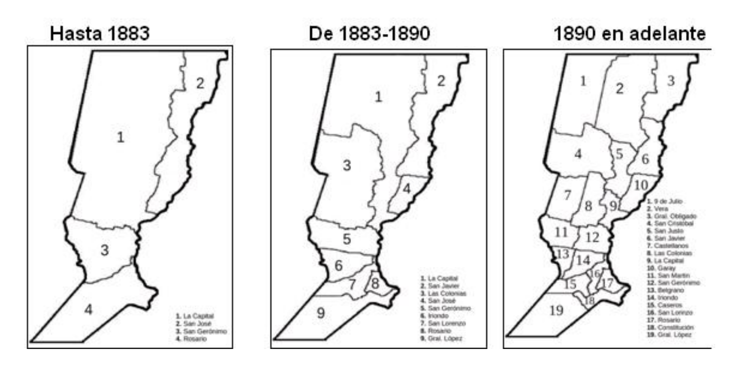
ambas fuentes da la posibilidad de realizar un análisis que tiene como objetivo efectuar una caracterización sociodemográfica y geográfica tratando de reconocer y ubicar a estos profesionales a fin de pensar algunas hipótesis que nos permitan entender la perspectiva histórica con que se desarrollaron estas dos profesiones.

Caracteres sociodemográficos de la provincia de Santa Fe durante el primer censo nacional

El primer censo nacional argentino encontró a Santa Fe como una provincia en plena expansión territorial y transformación social en un contexto de un vigoroso proceso de poblamiento. Si bien en ese momento era un territorio escasamente poblado, su volumen poblacional venía incrementándose. Según el censo de 1869, Santa Fe se constituía por aquel entonces como el séptimo distrito entre los más poblados, con 89.117 habitantes y una densidad demográfica en relación con el territorio de aproximadamente 1,05 habitantes por km2. El territorio santafesino, al momento de realizarse el Censo Nacional de 1869, se encontraba integrado por cuatro departamentos: Capital, Rosario, San José y San Gerónimo (figura 1). Si bien en la mencionada figura el territorio provincial aparece hasta 1883 con la superficie y delimitación interprovincial que tiene en la actualidad, es necesario aclarar que, a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX, su territorio experimentó un proceso de expansión producto del corrimiento de las fronteras, en la medida que el Estado santafesino diezmaba los últimos baluartes de las comunidades originarias.

Santos de los Últimos Días es el principal benefactor de los servicios de Family Search. Véase bit.ly/2QSzo8E (se debe crear una cuenta gratuita e iniciar sesión).

Figura 1: delimitación político-administrativa de la provincia de Santa Fe en distintos períodos



Fuente: bit.ly/3ds0Xhn.

En cuanto a las localidades existentes hacia 1869, la ciudad de Santa Fe, fundada en 1573 por Juan de Garay, fue el único centro urbano colonial que logró permanecer dentro del territorio santafesino a través del tiempo, aunque con una mudanza de su sitio original, la cual sucedió hacia mediados del siglo XVII. El carácter eminentemente político y portuario de esta ciudad hizo que se constituyera como centro de desarrollo del comercio, particularmente el relacionado con el cruce de dos rutas: la que unía Buenos Aires y Asunción del Paraguay, y la que se derivaba hacia Córdoba y el Alto Perú. Hacia 1869, la ciudad capital de la provincia albergaba tan solo 10.670 habitantes, por lo cual era una pequeña ciudad del interior del país. No obstante, en el contexto provincial, desde hacía dos décadas había comenzado a cobrar notorio desarrollo Rosario de Santa Fe, situada en el Pago de los Arroyos –hacia el sur de la provincia–, a partir de dos factores fundamentales: el puerto sobre el río Paraná y la reciente y revolucionaria instalación del ferrocarril. Hacia 1869, Rosario cobijaba a 23.169 habitantes y comenzaba a emerger como un dinámico centro urbano argentino, siendo uno de los epicentros de

llegada de la primera oleada de la inmigración transoceánica. En efecto, la provincia de Santa Fe tenía, de acuerdo al Censo Nacional de 1869, 156 extranjeros por cada 1.000 habitantes, por lo cual se ubicaba en el segundo lugar a nivel nacional. El desarrollo de las colonias agrícolas protagonizadas por inmigrantes llegados del centro y norte de Europa dinamizó el entorno rural de la zona central de la provincia, a partir de la fundación de Esperanza (1856), San Carlos (1857) y San Gerónimo (1858).

En ese contexto, la urbanización en la provincia cobraba desarrollo en simultáneo con el proceso dinamizador del campo. Además de Rosario y Santa Fe, se identificaban otros cuatro centros urbanos, que, en orden poblacional, eran los siguientes: San Lorenzo (1.367 habitantes), Coronda (1.245 hab.), Constitución (610) y Esperanza (344). En suma, los habitantes urbanos representaban prácticamente el 42 % del total de la población santafesina.

Como señalamos previamente, Santa Fe, al momento de realizarse el censo de 1869, era una provincia que ya denotaba el impacto de la inmigración transoceánica que, fundamentalmente, se encontraba afincándose en colonias agrícolas que se fundaban en la zona central del territorio. La radicación de los contingentes extranjeros estaba movilizando la economía primaria a partir de la puesta en producción de las tierras yermas que, a partir de mediados del siglo XIX, pasaron a conformar el epicentro del modelo agroexportador argentino. Si bien de acuerdo al Censo Nacional de 1869 el principal aporte demográfico extranjero lo constituían los inmigrantes de origen italiano –4.223 personas–, los cuales mayormente estaban afincados en el departamento Rosario –por lo cual queda claro el carácter eminentemente urbano del aporte de esta nacionalidad, al menos hasta el momento de la realización de este censo–, es para destacar el aporte de los suizos (2.272 personas), los franceses (1.728) y los alemanes (1.196), quienes estaban radicados primordialmente en las colonias del río Salado, en el centro de la provincia, departamento Capital. A su

vez, la presencia de inmigrantes de estos últimos países mencionados le otorgaba a la provincia un perfil migratorio excepcional en el contexto nacional.

La dinamización de la economía de base agrícola había impactado asimismo en la redistribución poblacional: el afincamiento de los inmigrantes en el interior provincial hacía que los centros urbanos tradicionales –Santa Fe, Coronda o el Rosario– vieran surgir nuevos centros urbanos que, aunque eran escasos en magnitud, se iban tornando gravitantes desde el punto de vista económico. Pero, al mismo tiempo, se iba consolidando la ocupación del territorio santafesino y la expansión de las fronteras a partir del dominio definitivo de los asentamientos de los pueblos originarios que aún perduraban. De esta manera, el centro-sur santafesino adquiría un perfil social que expresaba un tipo de producción de carácter agrícola, mientras que las zonas marginales y de fronteras continuaban con un perfil más pastoril y artesanal, fundamentalmente en el norte, noreste y el suroeste de la provincia.

El censo de 1869 contabilizó en la provincia 15.067 viviendas, de las cuales el 75 % quedó dentro de la categoría casas con techos de paja, mientras que el 19,6 % eran casas de azotea, aunque en su mayoría se trataba de unidades de un cuerpo. De estos datos de la edificación, puede conjeturarse que la mayor parte de la población santafesina de aquel momento residía mayormente en un contexto de precariedad edilicio, y que era en las ciudades donde podían encontrarse las viviendas de mayor confort: era en Rosario donde las “casas de azotea” tenían una mayor proporción sobre el total de viviendas: el 44,3 %.

Sumado a lo anterior, el Censo Nacional de 1869 señala que apenas el 23 % de la población dominaba la lectura y el 20,7 %, la escritura, y las ocupaciones de la población, de acuerdo al censo, permiten exponer la existencia de una sociedad laboralmente heterogénea, pero, si se observan las predominantes, se aprecia el carácter eminentemente primarizado, donde la agricultura y la ganadería ocupaban

el lugar más destacado; a pesar de esto, se aprecia que, al mismo tiempo, cobraban importancia actividades ligadas al sector servicios y el comercio. En este sentido, los labradores y agricultores eran 7.789, mientras que los hacendados eran 3.120. Los peones totalizaban 10.250, un número muy significativo que no puede atribuirse completamente al sector rural, dada la importancia que adquiría paralelamente el desarrollo urbano. En el sector servicios, las ocupaciones de cocineros, planchadoras, lavanderas y sirvientes alcanzaba la cifra de 4.644 personas, lo cual da cuenta de la importancia de la contratación de servicios auxiliares por parte de las familias de mayor poder adquisitivo. En tanto, a partir de la dinamización portuaria y la expansión de las colonias, indudablemente se generaban repercusiones en el desarrollo comercial: 2.253 fueron los comerciantes registrados. Y finalmente, el control de las fronteras del territorio hacía que la presencia militar no fuera despreciable: 1.068 miembros de esa fuerza fueron contabilizados. Estas ocupaciones expresan una estructura económica en transformación, que abandonaba la tradición colonial y se abrazaba a la economía agroexportadora, con fuerte inserción internacional, lo cual estaba produciendo un profundo cambio demográfico, una notoria urbanización y, en suma, una transformación social que aspiraba a una profesionalización de las ocupaciones.

En este contexto de transformación, donde los incipientes pero dinámicos centros urbanos santafesinos recibían contingentes de inmigrantes desde el otro lado del océano y la economía se internacionalizaba, nos interesa analizar las características sociodemográficas de quienes desarrollaban ocupaciones profesionales de la salud en la provincia de Santa Fe de aquel momento, particularmente haciendo hincapié en caracteres demográficos relevantes tales como edad, sexo, estado civil y nacionalidad y, al mismo tiempo, en otras características sociales, tales como el hábitat en el cual residían, con la expectativa de poder dar

lugar a algunas hipótesis que permitan explicar ese momento clave de la historia de la salud.

Profesionales: farmacéuticos, boticarios y médicos: un esbozo sociodemográfico

El primer censo nacional de población llevado a cabo en 1869 estuvo caracterizado por una serie de defectos, lo cual sería lógico por tratarse de un primer censo en el ámbito de la construcción del Estado nacional y que se realizó fuera de un sistema estadístico desarrollado. Esta implementación generó errores de cobertura y de enumeración que fueron detectados por el mismo director del censo, Diego de la Fuente:

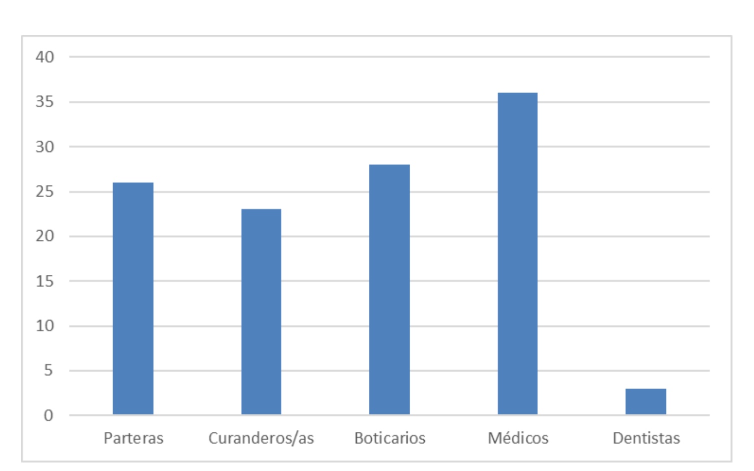
> Bien que pueda resentirse de algunas deficiencias, es la verdad, Sr. Ministro, queda hoy facilitado el camino y fijada conveniente organización en nuestro país para esta clase de trabajo. [...]. Los que, conociendo antecedentes políticos y sociales argentinos, y las dificultades a vencer en operación tan laboriosa como lo es la de un empadronamiento general, examinen desapasionadamente el resultado obtenido, han de ser con él indulgentes (Censo Nacional, 1869: 1).

Ahora bien, a pesar de las dificultades que expresaba el mismo De la Fuente, en el censo de población de 1869 se pueden rastrear y encontrar ciertas riquezas, como el caso del empadronamiento de aquellas prácticas enmarcadas en la medicina académica, fenómeno nuevo en ese momento de la Argentina y que lentamente comenzaba a adquirir desarrollo en el marco de la modernización del país. Sin embargo, era un proceso muy rezagado en vastas regiones de la Argentina, tal el caso del proceso de medicalización entendido como la patologización de actitudes de vida, pero que también traía como consecuencia una burocratización creciente en el Estado por parte de la medicina, lo que le

otorgaba a esta un fuerte control sobre aquellos que podrían competir contra ella. Es en este contexto en que nos interesa indagar en el comienzo del proceso de medicalización que se fue desarrollando en el contexto de una sociedad *curanderizada* (Carbonetti y Gómez, 2019), particularmente a partir de examinar la presencia y caracterización de dos ocupaciones de salud profesionales como es el caso de los médicos y los boticarios en el contexto santafesino del primer censo nacional. Desde esta perspectiva, el comienzo de la conformación de un mercado terapéutico desde una mirada sociodemográfica y territorial que da la posibilidad de entender los contrastes sanitarios de la Santa Fe de la época.

Las dos ocupaciones profesionales más frecuentes posibles de ser captadas en los archivos del censo a nivel de la provincia de Santa Fe y de la regionalización que contaba en aquel momento dan la posibilidad de advertir un mayor desarrollo de la ocupación de médicos en relación con la de boticarios y farmacéuticos. En efecto, según la tabla n.° 5 del Censo Nacional (1869), que agrupa un detalle de las profesiones relevadas, se desprende que en el territorio santafesino se contabilizaron 36 médicos, tres dentistas y 28 boticarios o farmacéuticos. Del total de estas ocupaciones profesionales vinculadas a la salud –67 personas–, los médicos representaban el 53,7 %, los dentistas, el 4,5 %, y los boticarios y farmacéuticos, el 41,8 %. En tanto, a fin de establecer una comparación con ocupaciones vinculadas a la salud empírica, tal el caso de curanderos/as y parteras, y que se encuentran contabilizadas en la mencionada tabla del censo, puede mencionarse que en total alcanzaban un total de 49 miembros y, deglosados, se cifraban en 23 curanderos/as y 26 parteras. Puede apreciarse que, de acuerdo a estas cifras, las ocupaciones de la salud profesionales habían adquirido preponderancia, aunque es posible señalar que, probablemente, en un contexto de desarrollo de la profesionalización, las actividades de salud no profesionales podrían ocultarse.

Gráfico 1: curanderos, parteras, médicos, dentistas y boticarios en la provincia de Santa Fe (1869). Valores absolutos



Fuente: Censo Nacional (1869).

El gráfico 1 expresa de modo claro el panorama de las ocupaciones sanitarias en la provincia de Santa Fe, particularmente sobre el ejercicio de la medicina. Aquellos profesionales que desarrollaban su labor a partir de titulaciones que habrían obtenido en centros de formación académica alcanzaban la mayoría, al menos en número de miembros en relación con los quehaceres que tradicionalmente se habían ocupado de problemáticas de salud, tal el caso de parteras y curanderos/as. Es decir, se trataría de una mayoría reciente, ante un contexto histórico que habría estado dominado por las ocupaciones sanitarias empíricas que desplegaba su labor en los diversos rincones de la provincia y que atendía, por tanto, al conjunto de la población, es decir, los distintos grupos sociales. De este modo, podemos señalar que el cambio social recrea una modificación en los servicios que se demandan, y, en ese sentido, la medicina es central en el proceso de transformación y modernización de los estilos de vida.

Ahora bien, este proceso de modernización, en lo que respecta a la modificación del ejercicio de las prácticas asociadas a la salud, ¿por quiénes era protagonizado? Al mismo tiempo, también cabe preguntarnos acerca de las características sociodemográficas que tenían esos protagonistas: ¿de dónde provenían?, ¿qué edades tenían?, ¿cómo estaban distribuidos en la geografía santafesina? Las planillas (libretos) del censo de población de 1869 que pudimos revisar desde la organización Family Search brindan la posibilidad de aproximarnos a estas indagaciones. Cabe consignar que hemos detectado algunas diferencias entre los totales de profesionales –médicos, dentistas y boticarios– al comparar las dos fuentes utilizadas, es decir, el tomo del propio Censo Nacional de 1869 correspondiente a Santa Fe y los libretos escaneados del mencionado censo, donde constan los individuos censados de nuestro interés, o sea, los profesionales asociados a la administración de salud. Entendemos que estas diferencias podrían ser atribuidas a distintos factores, entre ellos el hecho de ser este el primer censo de población de la Argentina, con los consabidos errores de cobertura y, en muchos casos, de subnumeración, y al mismo tiempo quizás también la falta de disponibilidad o extravío de algunos libretos del censo. Entendemos que estas brechas no obstaculizan el desarrollo de este análisis ya que, si bien se trata de un análisis sociodemográfico, no pone el acento en la cantidad, sino en las características demográficas de los profesionales.

Realizadas esas aclaraciones, para aproximarnos al esbozo sociodemográfico, podemos comenzar señalando que, en referencia al sexo, tanto la profesión de boticarios como de médicos, de acuerdo a los datos relevados y en consonancia con los cánones del momento, estaban totalmente masculinizadas. Esta realidad de la práctica profesional de la medicina estaba en relación con el rol que ocupaba la mujer en una sociedad eminentemente patriarcal. El rol de la mujer estaba asociado al cuidado de la familia y del hogar. Por otra parte, consideramos que, al estar vedada para la mujer la salida académica por su género y posición social, se esperaba que el camino que debía seguir era, como decíamos, el del cuidado de la casa, el marido o la

familia o el de ocupaciones feminizadas como el curanderismo o el parterismo.

Al analizar la distribución etaria de los boticarios y de los médicos de los que pudo conocerse su perfil sociodemográfico por medio de los libretos obrantes escaneados, es posible apreciar en el gráfico 2 que quienes comenzaban a desarrollar estas profesiones lo hacían desde muy jóvenes, aproximadamente en la veintena, pero lo distintivo entre boticarios y médicos es que, entre los primeros, la mayoría tenía entre 25 y 34 años, mientras que, entre los médicos, se generalizaría entre los 45 y 49 años. En todos los casos, se ha utilizado la edad declarada o bien la que estimó el censista sobre las personas captadas. El promedio de edad de los farmacéuticos era de 31,6 años, mientras que la de los médicos, de 44,3. El gráfico expone la distribución etaria de ambas profesiones según grupos quinquenales de edad.

Gráfico 2: distribución por edad de boticarios y médicos según grupos quinquenales

Fuente: planillas del censo de población (1869) obtenidas desde Family Search.

Es posible, como señaláramos, que los profesionales arribaran a la provincia desde muy jóvenes con poco tiempo de titulación, probablemente a fin de desplegar su desarrollo profesional. El hecho de que se encontrara mayor proporción de boticarios jóvenes en comparación con médicos jóvenes nos permite suponer que el desarrollo de farmacéuticos ha sido probablemente más tardío que el de la medicina. Ambos servicios relacionados directamente a la salud iban de la mano en el camino de la imposición de preceptos morales y estilos de vida propios de la modernización decimonónica.

En relación con un mayor número de médicos en las edades más avanzadas, como habíamos dicho, entre la década de los 40 y los 60, en esos grupos etarios se encontrarían el 59,2 % del total de médicos. En el caso de los dentistas, solo pudimos obtener el registro de uno, radicado en la ciudad de Rosario, con 22 años de edad. Este análisis demográfico nos lleva a otra pregunta: ¿por qué la edad de los médicos que ejercitaban su tarea en Santa Fe era en general más avanzada, ubicada mayoritariamente desde los 40 hasta los 60? Este análisis etario sobre la población de médicos nos llevaría a pensar que dicha cuestión estaría en relación con que la labor y asentamiento de los médicos podría ser previa a la de los farmacéuticos, por lo cual, desde nuestro punto de vista, el arribo de los galenos tendría un lapso mayor. Al mismo tiempo, estimamos que el tiempo de formación académica y profesional del médico suele ser más extenso, por tratarse de una tarea que requiere de una etapa de práctica, lo cual también podría alargar el período de formación y comienzo de desarrollo de su labor.

Cuadro 1: origen de farmacéuticos, dentistas y médicos

	Santa Fe	Otra provincia	Otro país	Total
Farmacéuticos				
Varón	1	2 Buenos Aires	6 Italia3 España2 Suiza1 Oriente12 (Total)	15
Mujer	0	0	0	0
Médicos				
Varón	3	3 Buenos Aires	8 Italia2 Francia3 Alemania3 Suiza1 Inglaterra1 Austria1 España19 (Total)	25
Mujer	0	0	0	0
Dentistas				
Varón			1 Alemania1 (Total)	1
Mujer	0	0	0	0

Fuente: planillas del censo de población (1869) obtenidas desde Family Search.

Otro de los aspectos relevantes para analizar dentro de este esbozo sociodemográfico de los profesionales de la salud de la provincia de Santa Fe es el origen. En el cuadro de referencia, se puede observar que la mayoría de los boticarios que se encontraban dentro de la provincia habían nacido fuera de ella. De los quince boticarios de los cuales fue posible establecer el origen, solo uno era oriundo de la provincia. Otros dos procedían de Buenos Aires. El resto, cifrado en doce, procedía del exterior, del cual Italia era el

principal país de origen. Estos datos brindan la pauta de una movilidad de estos profesionales y, paralelamente, de un desarrollo de esta profesión a partir de la radicación de expertos ya formados procedentes de ámbitos donde estas profesiones ya venían adquiriendo mayor notoriedad, como es el caso de los países europeos.

En el caso de los médicos, fueron 25 de los que se pudo rastrear la procedencia. Solo tres eran oriundos de la provincia, otros tres habían llegado procedentes de Buenos Aires. Los 19 restantes eran extranjeros, llegados todos desde países europeos, de los cuales Italia, Alemania y Suiza eran los principales países aportantes. El aporte italiano se observa radicado principalmente en la ciudad de Rosario, mientras que los alemanes y suizos se hallaban más en las colonias agrícolas del centro de la provincia de Santa Fe. En la Capital, en tanto, los extranjeros no superaban el 50 %. Finalmente, el único dentista del cual pudo conocerse el origen era de procedencia alemana y se encontraba radicado en Rosario, con 22 años de edad. En suma, este rastreo de los profesionales que se dedicaban a la salud permite sostener que la modernización médica fue un proceso protagonizado primordialmente por una población mayormente inmigrante que llegaba muy probablemente con el propósito de realizarse y desarrollar su profesión a una provincia que se encontraba en pleno proceso de poblamiento y expansión urbana, lo cual coadyuvaba a la conformación de un mercado sanitario.

Profesionalización de las ocupaciones de salud: el caso de médicos, boticarios y farmacéuticos en la provincia de Santa Fe hacia 1869

En la provincia de Santa Fe de aquel entonces, comenzaba a cobrar importancia, lentamente pero sin pausa, la presencia de ocupaciones vinculadas a la salud emanadas

de la formación académica y el ejercicio profesional. A diferencia de lo que se pudo identificar en otras provincias argentinas para la misma época (Carbonetti y Gómez, 2019), en algunas zonas de Santa Fe, se observa una diferenciación geográfica entre curanderas/os y las demás ocupaciones en salud. Es decir que, si bien en los cuatro departamentos con que la provincia contaba en aquel momento se encontraban residiendo personas que desarrollaban ocupaciones de salud tanto profesionales (médicos, boticarios o farmacéticos) como no profesionales (parteras, curanderos/as), había zonas dentro de los departamentos donde la presencia parecía más segregada, es decir que los médicos o boticarios eran menos frecuentes.

El cuadro n.° 2 brinda la posibilidad de establecer un análisis comparativo dentro de la provincia. Teniendo en cuenta la exigua cantidad de Departamentos existentes en aquel momento (Rosario, Capital, San Gerónimo y San José), el discernimiento de los datos es escaso, a lo que se agrega el incipiente número de profesionales. Sin embargo, hemos considerado tener en cuenta las *agrupaciones*, es decir, porciones dentro de los departamentos, a fin de poder avanzar en un mayor detalle geográfico de los datos, fundamentalmente a partir de los contrastes urbano-rurales. Es por eso por lo que hemos decidido adoptar el fraccionamiento espacial que brindó el censo original: "Rosario", "Santa Fe", "resto del Departamento Rosario y resto del Departamento Capital junto a Departamento San José y Departamento San Gerónimo". Se aprecia que no existía una distribución uniforme de las ocupaciones de salud profesionales de acuerdo a las agrupaciones consideradas (Censo Nacional, 1869).

Cuadro 2: profesionales de la salud según "agrupaciones" censales (1869)

Agrupaciones	Boticarios, Farmaceuticos	Médicos	Dentistas
Ciudad de Rosario	22	17	3
Resto Departamento Rosario	2	3	–
Ciudad de Santa Fe	2	6	–
Resto Departamento Capital+ Departamento San Gerónimo+ Departamento San José	2	10	–
Total	28	36	3

Fuente: Censo Nacional (1869).

El cuadro precedente permite apreciar que la presencia de las ocupaciones profesionales era más marcada en la ciudad de Rosario. Luego, la cantidad de farmaceuticos era constante en el resto de las agrupaciones, en tanto que la de médicos era más heterogénea.

Sin embargo, el número de las ocupaciones profesionales de salud por cada mil habitantes permite dar cuenta de un modo más concreto de la incidencia de profesionales en el territorio santafesino. En ese sentido, las tasas confirman la existencia de una marcada heterogeneidad entre las distintas zonas de la provincia. Por ejemplo, en el caso de los médicos, las tasas de las ciudades de Rosario –0,91 por mil– y de Santa Fe –0,75 por mil– contrastan notoriamente con las agrupaciones más rurales, donde las tasas calculadas se ubicaron en 0,12 para el resto del departamento Rosario y en 0,46 para la agrupación de los departamentos San José y

San Gerónimo. Pero más notoria aún es la asimetría cuando se considera la presencia de farmacéuticos: la tasa de 0,95 por mil de la ciudad de Rosario es seguida por la de 0,19 por mil en la ciudad de Santa Fe, y valores muy exiguos en el resto del territorio provincial.

Las asimetrías observadas entre las diversas agrupaciones territoriales de alguna manera confirmarían que el proceso de profesionalización en los diferentes y departamentos seguiría las pautas de un mercado terapéutico que se instala en enclaves de mayor densidad demográfica y de mayor poder adquisitivo –debemos recordar que no existía el concepto de "salud pública"–. Los departamentos San José y San Gerónimo se encontraban en un lugar más rezagado por la presencia de profesionales de la salud. En efecto, solo se contabilizaron dos médicos en esos extensos territorios.

El comienzo de la superioridad numérica de los profesionales, primordialmente en los dos principales centros urbanos –Rosario y Santa Fe–, permite conjeturar que la sociedad santafesina comenzaba a priorizar y a demandar, en cuanto a la salud, la atención profesional. De este modo, se resquebrajaba la tradición sanitaria que asociaba las prácticas empíricas con las creencias religiosas. Al mismo tiempo, indudablemente, la existencia de un numeroso grupo de boticarios en la ciudad de Rosario da cuenta de la existencia de un mercado, de una demanda. El cambio social recrea una modificación en los servicios que se demandan, y, en ese sentido, la medicina es central en el proceso de transformación y modernización de los estilos de vida.

Esto tal vez se deba a una cuestión de mercado, es decir, había más boticarios, farmaceuticos y médicos donde se acumulaba una mayor cantidad de población, como observábamos en el caso de las ciudades de Santa Fe y de Rosario. Al mismo tiempo, también acumulaban, para esa época, una población similar el interior del departamento Rosario y el interior del departamento Capital y, sin embargo, no contaban con una presencia equiparable de médicos

y de boticarios. Es más, los boticarios solo estaban en las dos ciudades mencionadas. Es por ello por lo que podemos argumentar que la profesionalizaicón sanitaria se trataba de un proceso temporal y territorial que había comenzado por aquellas zonas de la provincia que estaban en mayor contacto con las zonas de procedencia de los profesionales –los puertos–, y que estos núcleos urbanos, por su densidad poblacional, e incluso por la coexistencia de servicios conexos a la medicina, podían retroalimentar la expansión del mercado medicinal. A su vez, es probable que en estos núcleos urbanos estuviera radicada la población que demandaba estos modernos servicios, lo cual aseguraba el crecimiento profesional.

Debido a esto, podemos señalar que el desarrollo es atribuible no solo a una mayor acumulación de población, sino también a unas condiciones favorables para su desarrollo, como las conexiones con los mercados europeos, que eran los proveedores de los insumos empleados, todo lo cual convertía a los grandes centros urbanos protagonistas en centros de referencia y prestigio en el desarrollo de la medicina. Simultáneamente, en los grandes centros urbanos, es probable también que pudieran existir algunos organismos que pretendían regular la práctica de la medicina, como es el caso del protometicato, el cual también actuaba como un legitimador de la medicina legal. De esta forma, es posible argumentar que la actuación de este organismo fuera más efectiva en los centros urbanos, donde, además, residía el poder político.

Conclusiones

El análisis de datos sobre la base de las planillas del censo de población de 1869 permite obtener datos que hasta el momento no se habían podido elaborar y a partir de los

cuales se pueden realizar algunas hipótesis que permitan generar nuevas líneas de investigación sobre esta temática.

El análisis de las profesiones académicas nos permitió insertarnos en tres cuestiones que creemos de fundamental importancia: la edad de farmacéuticos y médicos, el origen, y la ubicación geográfica. Se pudo apreciar que había fuertes diferencias entre las edades promedio de médicos y boticarios, lo cual estaría asociado al posible mayor tiempo de formación de los primeros en comparación con el de los segundos. También es posible que, dadas las características poblacionales, un crecimiento importante de la provincia atrajera a farmacéuticos y boticarios jóvenes a dicho territorio y, por otra parte, que los médicos tuvieran un mayor tiempo de asentamiento. Con relación al origen, se puede afirmar que ambas profesiones estaban completamente extranjerizadas, en especial los médicos y boticarios, que venían de Europa principalmente, donde se otorgaban los títulos esenciales para poder practicar estas profesiones. En mucha menor medida, había médicos y boticarios de nacionalidad argentina, lo que tenía cierta lógica, ya que había un solo centro de formación de profesionales de la medicina en la Ciudad de Buenos Aires.

En relación con la distribución geográfica de estas profesiones, observamos que tanto médicos como farmacéuticos seguían las características que se daban a nivel nacional de una mayor acumulación de estas profesiones en las ciudades principales, más densamente pobladas, en las cuales el mercado terapéutico les permitía más fácilmente vivir de su profesión. Así, tanto la ciudad de Rosario como la de Santa Fe reunían la mayor cantidad de médicos por habitante, con una fuerte superioridad sobre los departamentos rurales.

En suma, el análisis de ambas profesiones en el censo de población de 1869 permite entender el proceso de profesionalización y asentamiento desigual que marcó a la Argentina hasta bien entrado el siglo XX y que le dio una impronta de desigualdad al mercado terapéutico que se estaba conformando.

Bibliografía

Armus, Diego (2002). "La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna". *Asclepio,* 54(2), 41-60.

Belmartino, Susana (2007). "Coyuntura crítica y cambio institucional en salud: Argentina en los años 40". *Salud Colectiva,* 3(2), 177-202.

Carbonetti, Adrián y Álvarez, Adriana (2008). *Saberes y prácticas médicas en la Argentina. Un recorrido por historias de vida*. Mar del Plata: Editorial Eudem.

Carbonetti, Adrián y Gómez, Javier (2019). "Caracterización sociodemográfica del curanderismo en la provincia de Córdoba según el censo de 1869". CIECS, CEA-FCS, FHUC. Mimeo.

Cignoli, Francisco (1953). *Historia de la farmacia argentina.* Rosario: Librería y Editorial Ruiz.

Di Pasquale, Mariano (2018). "Médicos, medicina y política durante el rosismo". *Anuario IEHS,* 33(2), 235-249.

Fernández, María Estela y Parolo, María Paula (2008). "Controles, manifestaciones y límites del 'Arte de curar' en Tucumán durante el siglo XIX". En Carbonetti, Adrián y González Leandri, Ricardo (eds.). *Historias de salud y enfermedad en América Latina siglos XIX y XX*. Córdoba: CEA–UNC, pp. 95-116.

González Leandri, Ricardo (1999). *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852–1886.* Madrid: CSIC.

González Leandri, Ricardo (2006). "La consolidación de una inteligentzia médico-profesional en Argentina: 1880-1900". *Diálogos. Revista Electrónica de Historia,* 7(1), 36-78.

González Leandri, Ricardo (1998). "Autonomía y subordinación: los farmacéuticos diplomados y la constitución del campo médico en Buenos Aires, (1852-1880)". *LLULL,* vol. 21, 63-88.

Rodríguez, María Laura, Carbonetti, Adrián, Rivero, María Dolores y Fantín, María Alejandra (2018). "Ocupacio-

nes de la salud en el territorio argentino: perspectivas a partir de los censos nacionales de 1869, 1895 y 1914". *Población & Sociedad*, 25(1), 75-101.
Sousa, Pablo (2008). "El Círculo Médico Argentino (CMA) y el surgimiento del Hospital de Clínicas de Buenos Aires (1875-1883)". En Carbonetti, Adrián y González Leandri, Ricardo (eds.). *Historias de salud y enfermedad en América Latina siglos XIX y XX.* Córdoba: CEA–UNC, pp. 95-116.

Sujetos y saberes distintos

Ahora habla él: Fernando Asuero entre posicionamientos y estrategias en un mercado terapéutico (1930)

María Dolores Rivero

Introducción

El año 1930 daría paso a la publicación de una obra polémica de la mano de Fernando Asuero, especialista en nariz, garganta y oídos, nacido en San Sebastián –ciudad de la región española del País Vasco– a fines del siglo XIX. Se trata del libro titulado, sugestivamente, *Asueroterapia fisiológica. Ahora hablo yo*; a la luz de una lectura actual, es factible pensar que este escrito– compuesto por cinco capítulos– fue una suerte de intento de instrumento dual confeccionado por este personaje tan controversial, cuestionado y adorado al mismo tiempo en diferentes partes del globo. En efecto, podría argüirse –incluso a partir del propio título– que el libro encarna las dos caras de una misma moneda: una, la intención de explicación y difusión de la asueroterapia, mientras que la otra llevaría acuñada la defensa de Asuero ante los ataques de la tribuna médica contemporánea, valiéndose de una serie de elementos que analizaremos en el presente estudio. Concretamente, nos enfocaremos en un conjunto de historias clínicas, relatos de familiares de pacientes y de médicos que, habiendo aplicado la asueroterapia, remiten al mentor de la técnica los resultados por ellos obtenidos.

Armus argumenta que existe una *zona gris* dentro del universo de la sanación plagada de sujetos que pueden ser considerados *híbridos* (2016). Estos poseen la característica fundamental de poner en acción y cruzar las más variadas

tradiciones originadas por fuera de la medicina alopática, pero en contacto más o menos intenso con ella. El autor donostiarra de la obra que examinaremos en este escrito puede ser pensado dentro de esa categoría; es que la asueroterapia –tratamiento sobre el trigémino (nervio craneal) a partir de cauterizaciones– fue considerada una manera poco ortodoxa y "crudamente empirista" (Bermann, 1941: 55) de curar o mitigar los dolores de sus seguidores. No obstante, es sabido que Asuero estudió medicina en Madrid y se especializó en enfermedades de garganta, nariz y oídos en París. También se ha constatado que su vida profesional se desarrolló fundamentalmente en San Sebastián, "primero como médico de guardia en el Hospital Civil San Antonio Abad y en la Cruz Roja y más tarde en su consulta privada de la calle Loyola" (Giménez Roldán, 2015: 50). La coexistencia de esta formación superior y la puesta en práctica de un método tan controversial –junto con las formas de difundirlo– nos invitan a pensar en esta figura como *híbrida*.

A escala latinoamericana, algunos estudios ya han puesto en perspectiva ciertos sujetos que engrosan las filas de lo que podrían considerarse las prácticas folclóricas del curar, echando luz sobre la denominada "zona gris"; tenemos conocimiento de la ejecución de saberes empíricos en México (Seman, 2015; Agostoni, 2018), Costa Rica (Palmer, 2002), Colombia (Sowell, 2002; Márquez Valderrama y Estrada, 2018; Márquez Valderrama, 2014) y Brasil (Reis, 2008; Xavier, 2008; Sampaio, 2009; Gomes Farias, 2012; Reis, Gomes y Caravalho, 2010; Teixeira Weber y Oliveira da Silva, 2012; Mattos y Teixeira Weber, 2013). Cada uno de estos estudios muestra las capilaridades, conflictos y singularidades del universo del curar en dichas latitudes.

Un recorrido por la historiografía argentina muestra que, desde hace poco más de una década, vieron la luz los primeros estudios que colocaban el foco en *otros* individuos específicos que integran el mercado de sanación; entre las indagaciones pioneras interesadas por esta temática –aún fértil–, podrían destacarse el acercamiento a hechiceros y

curanderos de Santiago del Estero (y de manera subordinada a San Miguel de Tucumán) sospechosos de *producir daño* en tiempos coloniales (Farberman, 2005) y el análisis de un suceso en Jujuy a partir del arribo del manosanta español Vicente Díaz en 1929 (Fleitas, 2007). En un tiempo más cercano, considerando los límites de Buenos Aires, devienen representativos los estudios sobre renombrados telépatas, ilusionistas e hipnotistas llegados a la gran urbe, tales como el conde de Das y Onofroff (Vallejo, 2014; 2017). En esta misma línea, personajes populares de finales del siglo XIX y principios del siguiente como Tata Dios, Pancho Sierra y su heredera –la Madre María– han sido revisados desde una óptica sociocultural de la enfermedad (Bubello, 2010; Dahhur, 2013 y 2017).

Por su parte, el interior nacional viene mostrando un esfuerzo indiscutible de historiadores del binomio salud/enfermedad por otorgar voz a estos individuos que, hasta el momento, se encontraban en silencio. Esto se torna palpable en el examen sobre Juan P. Quinteros, espiritista que transitó la Santa Fe decimonónica (Sedran, Carbonetti y Allevi, 2018), como también a partir del estudio de caso de una mujer acusada de ejercer la obstetricia de manera ilegal en Córdoba durante la década del 20 (Rivero y Moreyra, 2019). Dentro de este impulso historiográfico, es factible, asimismo, posicionar trabajos previos que colocaron a Fernando Asuero en el centro de la escena analítica. Concretamente, estos estudios han indagado en la construcción de su figura en cuanto personaje público (Rivero y Sedran, 2019), y en algunas aristas de su viaje a la Argentina en el año 1930 (Rivero, 2019). Sin bien estas contribuciones pueden ser consideradas las rescatistas fundamentales de la historia de un agente que se inmiscuyó en los itinerarios terapéuticos de la sociedad argentina (como lo muestra, por ejemplo, la prensa santafesina[1]), aún quedan aspectos de su trayectoria que deben constituirse en objetos de revisión.

---

1 Algunos de los periódicos que se hicieron eco del derrotero de Asuero en Argentina fueron *El Orden*, *El Litoral* y *Santa Fe*.

Es a partir de esta consideración que el presente aporte –centrado en una metodología cualitativa y de carácter hermenéutico– intentará avanzar en el estudio del discurso de Fernando Asuero. En este sentido, nuestra fuente por excelencia será su obra, la cual congrega, entre muchos elementos, un conjunto de argumentos acerca de la importancia y bondad de su sistema y los resultados que a partir de este se obtienen. Sin lugar a dudas, todos sus mensajes estuvieron dirigidos a lo que él mismo designaba como "mercachifles científicos" (Asuero, 1930: s/p), es decir, quienes descreían de su obra maestra; es en esta dirección en la que el vasco colocaría dentro de su libro cartas de otros médicos en apariencia deslumbrados por la asueroterapia y de familiares de pacientes, artículos periodísticos e historias clínicas. Recogeremos y examinaremos todos estos testimonios entendidos en términos de estrategias y posicionamientos articulados por Asuero en un mercado terapéutico competitivo, concepto que "presenta la ventaja de apertura hacia una concepción de las relaciones entre la medicina universitaria y otras prácticas médicas, no atrapada en la dicotomía más común que separa la medicina académica del resto de ofertas" (Márquez Valderrama, 2012: 332).

En adición a lo antedicho, la propuesta terapéutica de Asuero, como se dijo, repercutió ampliamente en el periodismo santafesino: se encontraron más de veinte noticias publicadas entre junio de 1929 y julio de 1930. Esta visibilidad vuelve pertinente revisar la voz propia del médico vasco en torno a su obra y las críticas que recibió, para el conocimiento del universo de sentidos de la salud y la enfermedad de la región santafesina.

La asueroterapia fisiológica

Como adelantáramos, la obra de Fernando Asuero consta de un prólogo, cinco capítulos, conclusiones y un epílogo.

El primer segmento estuvo a cargo del "Doctor Helan Jaworski", un supuesto médico de altas casas de estudio de Medicina de Francia, Polonia, Perú y de España de quien poco sabemos, pero que Asuero reconoce como el creador de la reflexoterapia. Este comenzaba la exposición ponderando su propio trabajo:

> Hace ya veinte años, pude realizar la sistematización de métodos médicos que emplean la acción refleja para curar: se trata de la reflexoterapia. Los reflejos están en la base de la vida misma y, bien sea se supriman las espinas irritativas, o que se provoquen reflejos útiles, se actúa en el terreno de la reflexoterapia. Pero el Dr. Asuero vas más allá (Jaworski, 1930: s/p).

Seguidamente –y expresando el afecto que había desarrollado por el vasco, detentor de un costado humanitario y empático con los enfermos (ver figura 1)–, Jaworski anticipaba al lector sobre el trabajo de Asuero: "Su técnica consistió pues, en provocar una reacción útil, un reflejo curativo, mediante una maniobra absolutamente personal, la cual en un principio fue, sobre todo, una variedad de reflexoterapia nasal" (Jaworski, 1930: s/p).

Luego de esa aclaración, no sería sino hasta el quinto y último capítulo cuando el donostiarra desarrollara su sistema, pero lo haría solo en clave de respuesta al gremio médico ante la acusación de que "procedía, por completo, al margen de la ciencia" (Asuero, 1930: 242).

Esta defensa comenzaría con una referencia a la posesión de su título universitario y a una especie de tradición familiar. En efecto, menciona el hecho de que su abuelo fue "Catedrático de Terapéutica y Médico de la Real Cámara" (Asuero, 1930: 243), como también que otros de sus antecesores ostentaron diplomas médicos. En este sentido, resulta interesante considerar que, ante todo, Asuero parecía entender que esta era la primera arma que debía esgrimir para que su método fuera aceptado, a partir de ponderar una especie de conocimiento ancestral o habilidad

en el arte de curar que se transmitiría de generación en generación. Aquí, entonces, entran en diálogo dos variables clave. La primera resulta de la importancia y legitimidad que reviste la posesión de un título, particularmente el de médico. Recordemos, junto a Sarfatti Larson (1988), que el conocimiento tiene la función de configurar un capital simbólico que permitirá a su portador devenir en "experto", no solo ante un público en general, sino también al interior de la propia comunidad científica. No obstante, en el caso de Asuero, encontramos un ingrediente más, y es aquel que implica la pertenencia a una familia de galenos en la que él ha desarrollado y perfeccionado un sistema a lo largo de "catorce años de vida profesional" (Asuero, 1930: 243).

A continuación, y sin ingresar todavía en la explicación de la asueroterapia fisiológica, el autor refiere a los comentarios y diatribas sobre las semejanzas de su sistema con el de Pierre Bonnier. Dicho facultativo había publicado en el año 1913 un estudio titulado *L'action directe sur les centres nerveux: centrothérapie*; allí mostraba la aparente "relación entre zonas diferenciadas de la mucosa nasal, supuestos núcleos específicos del bulbo raquídeo, y determinados tipos de patología que mejorarían con la estimulación del área nasal adecuada" (Giménez Roldán, 2015: 56). Desde la perspectiva de Asuero, la teoría Bonnier –denominada "centroterapia"– no solo tenía un trasfondo falso e incompleto, sino que además su mentor le había atribuido "reales curaciones a causas que eran falsas" (Asuero, 1930: 244). Algunas líneas más le dedicaría el donostiarra al francés, aunque solo a los fines de enfatizar que su trabajo era distinto y superador: "En realidad, la teoría se refiere a la reflejoterapia, pues Bonnier no buscaba el reflejo, sino la normalización del centro bulbar, alterado mediante la excitación del mismo por intermedio del trigémino" (Asuero, 1930: 244).

Ahora bien, resulta interesante constatar que, al momento de explicar su teoría, Asuero sostenía: "No quiero repetir cosas sabidas de todo el mundo, que se encuentran

en cualquier tratado de anatomía; pero para mayor claridad en lo que vamos a decir, no hay más remedios que recordar algunos conceptos" (Asuero, 1930: 245). Inmediatamente después de este aviso, el vasco disponía de solo dieciséis renglones para explicitar algunas consideraciones "técnicas" sobre el trigémino y su método. Definía al primero como un nervio mixto, fundamentalmente sensitivo y que tiene conexiones con el simpático. Para concluir, marcaba que no había puntos de excitación en relación directa con determinados centros bulbares. Estas singularidades –ancladas en un sucinto discurso en torno a la asueroterapia fisiológica– nos llevan a marcar dos cuestiones centrales. Por un lado, se torna evidente que, para el autor de la obra, retomar elementos propios de la ciencia biomédica positivista imperante en el momento (como la obsesión por la explicación, los detalles o las taxonomías) no era en absoluto necesario. Ciertamente, y como veremos en páginas subsiguientes, Asuero se jactaba de tener una perspectiva cabalmente disímil a la de sus colegas acerca de las formalidades propias de los doctores. Por otra parte, la síntesis extrema acerca de la ejecución de la asueroterapia realizada por su mentor –dentro de un capítulo de veintiséis páginas– muestra que para él había otros hechos de mayor envergadura por develar. Ostensiblemente, las partes siguientes de ese capítulo tienden a intentar esclarecer el componente magnífico de su acto, lo que él mismo denominó "el factor personal". Según Asuero "un mismo enfermo será o no curado según el que lleve a cabo la intervención y los detalles complementarios, pero fundamentales, que rodeen al acto" (Asuero, 1930: 246). Como ya se ha señalado en otros trabajos (Rivero, 2019), para explicar este componente subjetivo el especialista desarrollaría una serie de casos (como el de un niño ciego en Barcelona y el de un marinero con dolores en la rama media del trigémino). A partir de ellos, Asuero intentaría reforzar la idea de que, durante la práctica del sistema, se genera un estado psíquico especial que repercute en los pacientes:

> Tanto es así en lo que respecta a mí y a alguno de los ayudantes que conmigo trabajan, que sabemos el momento exacto en que ha desaparecido un dolor, cedido una contractura, etc., antes de que el enfermo haga ninguna manifestación (Asuero, 1930: 247).

Escapa a nuestras actuales inquietudes ingresar en el análisis de este planteo acerca del componente emocional o psíquico de la curación, como también de las críticas efervescentes que suscitó en el marco de la comunidad científica. Sin embargo, es insoslayable al momento de entender la forma en que el donostiarra plantea el capítulo quinto de su obra a causa de la relevancia que para él adquiere cuando explica la asueroterapia. En efecto, luego de explayarse en los casos, advierte: "Con esto entramos de lleno en mi procedimiento" (Asuero, 1930: 247). A partir de entonces, retoma la vertiente anatómica del método y ahonda en las especificidades propias de los efectos de la excitación producida sobre el trigémino. En este punto, Asuero estableció que –de acuerdo a su perspectiva– las enfermedades son producidas, fundamentalmente, por una falla en el sistema circulatorio, y procuró demostrar cómo los toques sobre el trigémino ayudan a restablecer dicho sistema. Así, terminó informando:

> Es la afluencia de la corriente de sangre, conseguida merced a diversos y combinada con determinado estado psíquico, lo que provoco con mi sistema; y si logro que sea lo suficientemente intensa, curo o alivio, según la magnitud de la misma (Asuero, 1930: 251).

Con todo, la explicación no terminaba aquí. Existiría otra artista en este procedimiento curativo que lo tornaría distinto y efectivo: el escenario. Este último no sería improvisado y se alejaría del que, a los ojos de Asuero, habitualmente presentarían los médicos de época: "[…] vitrinas repletas de terroríficos instrumentos, las cámaras obscuras, misteriosos quirófanos" (Asuero, 1930: 252). En contrapo-

sición a esos elementos, el vasco se jactaba de haber "simplificado" todo a partir de reparar en los aspectos esenciales: "Mis trabajos los llevo a cabo sin ningún detalle en mi indumentaria que revele al médico. Los ayudantes, enfermeras, practicantes y personal subalterno están revestidos de la clásica indumentaria, pero quien atiende soy yo" (Asuero, 1930: 253). Luego, sostuvo que en sobradas oportunidades debió evitar que estas personas ingresasen en el espacio donde estaba ejecutando su obra, pues habrían podido perjudicar el ánimo del enfermo. En esa línea, declaró:

> He tenido enfermos a los cuales no he podido curar, por determinadas circunstancias, en algunos de mis consultorios públicos; y comprendiendo la razón que me impedía llevarlo a cabo, los he asistido en mi consulta particular, de donde han salido en estado completamente distinto (Asuero, 1930: 256).

De estos planteos se desprenden cuestiones relativas a la medicalización. Como es sabido, se trata de un proceso que implicó una creciente intervención del Estado en el ámbito de la salud –entretejida a partir de un saber médico hegemónico– cristalizada en la "creación de instituciones y ejecución de medidas organizadas y dirigidas por una intelligentzia médica o una elite medica legitimada por el poder político" (Santolaya y Massena, 2011: 2).
A partir de este concepto, consideramos que Asuero sugiere lo que podríamos denominar "terapia desmedicalizada", basada en un ambiente no hostil para el paciente, donde él mismo no luciría ningún atuendo que lo colocara en una posición o estatus diferente al del enfermo. En otras palabras, Asuero pareciera presentarse como una suerte de amigo, de sujeto confiable y cercano. Claro que esa *desmedicalización* tendría sus límites; sus subalternos no estarían exentos de las habituales vestimentas de quienes transitaban hospitales y sanatorios, y no siempre podrían ser parte de los eventos de cura o alivio del dolor. Esta restricción marca una clara contradicción en el discurso examinado; según

Asuero: "[Ese factor personal] que considero por mí adquirido […] podría serlo por los demás" (Asuero, 1930: 247). Esta idea era reforzada en otros pasajes donde indicaba:

> A pesar de ser muchos los médicos que han desfilado por mis diversas consultas, son pocos los que han asimilado el sistema, y ello, sencillamente, por no venir a verlo y ponerlo en práctica en las condiciones de ánimo que para ello se requiere (Asuero, 1930: 255).

Sin embargo, como marcáramos previamente, él mismo no permitía que su personal participara de las consultas.

Finalmente, el entorno particular para llevar a cabo de manera correcta la asueroterapia fisiológica iría acompañado por un discurso simple y libre de léxicos científicos para comunicarse con los enfermos. Como veremos a continuación, esos interrogatorios "médico-paciente" (que descansarían en un tono ligero) también serían una parte importante de los supuestos éxitos cosechados por Asuero.

Presentación de historias clínicas

Como veremos en el presente apartado, y de acuerdo a lo planteado por Huertas, en sobradas oportunidades las historias clínicas "sugieren las características reales de una praxis clínica que no siempre coincidió con los conocimientos o los paradigmas imperantes" (Huertas, 2001: 8).

Las primeras páginas del capítulo cinco de la obra de Asuero nos acercan a otros frentes de su conflicto con el gremio médico. Verosímilmente, el vasco presentaba allí dos diatribas en su contra: "Empezasteis por negármelo todo" y "Mis curaciones no eran notables" (Asuero, 1930: 238-240). En este apartado, entonces, esbozaba ciertas respuestas, adheridas a la que hemos analizado anteriormente.

Junto con esas primeras líneas, el autor –además de aseverar que sus resultados "no pueden ser más definitivos"

(Asuero, 1930: 240)– nos conducía, necesariamente, a un insumo clave: las historias clínicas de sus pacientes. En efecto, sostenía: "En mi Clínica figuran los datos aportados por los enfermos, los cuales no pueden ser más contundentes". Algunas de esas informaciones fueron las constituyentes del capítulo tres del libro bajo estudio, y, de acuerdo a lo expuesto por Asuero, su propósito allí era mostrar una innovación que aporta a la "ética médica": era el propio enfermo quien certificaba las hojas clínicas al final, antes de que estas fueran archivadas (Asuero, 1930: 159). Es decir, le otorgaba un lugar fundamental a la *voz* de quienes pasaron por su consultorio y podían dar fe de que su método era certero.

Una lectura acabada de esta sección dispara una gran interrogación, vinculada al hecho de que el donostiarra sostenía haber tratado 8.000 casos al momento de finalizar su obra (Asuero, 1930: 264). En pocas palabras, nos preguntamos acerca de por qué en medio de tamaña cantidad de material son presentadas estas cuatro historias. Si pensamos en términos numéricos, ciertamente no podríamos esperar que Asuero exhibiera esa inconmensurable cuantía de ejemplos; empero, cabe indagar en el criterio por él utilizado para escogerlos.

Ante todo, podríamos argüir que evitó la puesta en perspectiva de casos que fuesen triviales o poco llamativos a los ojos del lector. Una muestra clara de esta tendencia es el abordaje del caso Lucrecia Millé, una niña de once años oriunda de Buenos Aires que, junto a su padre, se trasladó a España para ser atendida por el especialista en el año 1928. De acuerdo a lo expuesto en el apartado "Antecedentes y estado anterior", la pequeña venía sufriendo fuertes episodios de fiebre (que, en apariencia, ella podía anticipar dado que sabía el número exacto de su temperatura antes de mirar el termómetro) acompañados de "dificultad para poder practicar la extensión, torsión y flexión de sus miembros", dificultad que progresaba rápidamente "hasta el de no poder hacer ningún movimiento sin la ayuda de

otra persona" (Asuero, 1930: 162). Asuero realizó la exploración física –reconociendo algunas particularidades, como el hecho de que la enferma estaba inmóvil en la cama, pero aun así presentaba un sistema muscular normal– y luego expuso el diagnóstico:

> A pesar de los múltiples que aporta, ninguno afirmativo; entre ellos vemos los de poliomielitis y polioneuritis. Para nosotros se trata de una paraplejia de origen funcional; y con respecto a sus temperaturas, creemos se trata de un cuerpo que emite ciertas radiaciones que hacen dilatar la columna de mercurio (Asuero, 1930: 165).

Resulta claro que los especialistas que trataron a la niña consideraron desde una enfermedad infecciosa, una inflamación simultánea de varios nervios hasta una lesión nerviosa en el cerebro o en la médula espinal. Esta multiplicidad de enfoques daría como resultado un variopinto panorama de tratamientos que no habían surtido efecto: compuestos de hierro, arsénico, extramina (Asuero, 1930: 165).

Seguidamente, el vasco expuso en el capítulo los "resultados y modificaciones observadas en el tratamiento actual": la niña fue sometida a un total de seis intervenciones y, desde la primera, fue mostrando avances progresivos hasta lograr saltar en la cama, bajar y subir escaleras" (Asuero, 1930: 166).

Ahora bien, a diferencia de las historias clínicas que presentaremos a continuación, esta posee la particularidad de ser mostrada complementariamente con tres elementos más: dos notas periodísticas y una misiva del padre de la niña a Asuero. La primera fue publicada en el diario uruguayo *Critica* el 28 de noviembre de 1928; allí se hacía referencia a su figura como moderno héroe de la ciencia médica, verdadero representante del evangelio. Más adelante, se aseveraba que los procedimientos de Asuero eran científicos y que curaba a enfermos de todos los estratos sociales (Asuero representa un evangelio 1928, en Asuero

1930: 167). Es decir, desde una perspectiva mística y humanitaria, se valoraba el componente científico, casi irrefutable, de la asueroterapia fisiológica.

Seguidamente, la nota relataba –casi en clave literaria– el padecimiento de la niña y cómo este había concluido luego de la visita a Asuero; al final se enfatizaba en la interrogación sobre por qué se había detenido el movimiento asuerista en Montevideo.

La segunda nota elegida por el vasco para ser colocada en su libro era de otro periódico del Uruguay llamado *Diario*. En ella (publicada también el 28 de noviembre de 1928), se presentaba un reportaje hecho al ingeniero Millé –padre de Lucrecia– en el cual relataba que había decidido viajar al Viejo Continente luego de que muchos especialistas argentinos (a quienes no pensaba nombrar) le hubiesen diagnosticado a la niña una parálisis infantil incurable. Una vez en España, había visitado a otro experto (un tal Dr. Calatagel) que estaba de acuerdo con el dictamen de sus colegas transatlánticos. Con esos antecedentes había concurrido Millé a la consulta de Asuero; allí había tenido que insistir, pues el médico le había comunicado que sus intervenciones se limitaban a personas adultas, hasta que unos días después el vasco terminó por aceptar. El relato continúa con los resultados obtenidos luego de cada "toque" hasta la curación, remarcando lo excepcional del método de Asuero ("[…] por el cual había pagado la ínfima suma de quinientos pesos de nuestra moneda"), que pronto el mundo conocería a partir de la publicación del libro ("Con el Sr. Andres Millé", 1928, en Asuero, 1930: 172). En ese sentido, consideramos que el padre de la niña se tornaría en una fuente propagandística; no solo anticipaba la publicación de Asuero, sino también su viaje a las costas rioplatenses. En esa tónica, el diario publicaba un telegrama que Millé le remitía al donostiarra en el mes de diciembre. En él, hacía una suerte de minuta acerca del buen estado de salud de Lucrecia y rápidamente pasaba al tema siguiente: su entrada triunfal a Buenos Aires. Este parece ser un asunto de vital importancia tanto para

el emisor como para el receptor del mensaje, pues Millé insistió en que, habiendo retornado al país, el caso de su niña y el nombre de Asuero se habían tornado una noticia sensacional y sumamente comentada. La mediatización del evento es tal que el argentino subrayaba:

> Por este mismo correo le remito algunos de los ejemplares de los diarios que se ocupan de Lucrecia, próximamente aparecerá en una de las más difundidas y prestigiosas revistas un artículo con varias de sus fotografías… Con objeto de preparar la opinión para el día de su próxima visita a Buenos Aires, me permito pedirle, si es que Vd. no tiene inconveniente en ello, cuatro de sus fotografías dedicadas a *La Nación*, *La Prensa* y *La Razón* ("Mi inolvidable Dr. Asuero 1928", en Asuero, 1930: 173).

Claro que estos no serían los únicos diarios en relatar cuestiones relativas al vasco, incluso antes de que este llegara a Argentina. El diario santafesino *El orden* publicaba una nota de opinión el día 13 de junio de 1929 en la cual se anticipaba la alarma acerca de la difusión que estaba tomando el método del doctor Asuero. En este caso, y en la misma línea crítica de otros periódicos, la nota remarcaba que llamaba la atención sobre lo siguiente: "[…] sin mediar un estudio previo detenido del éxito que se dice alcanzado se han lanzado a imitarlo médicos de todas partes" ("El método del Dr Asuero", 1929: 3).

Los testimonios anteriores ponen al descubierto la importancia de los vínculos tendidos entre Argentina y la península ibérica. En lo que a saberes científicos respecta –y de acuerdo a lo señalado por investigaciones recientes–, estas conexiones son claramente identificables a partir de redes transurbanas, por ejemplo, entre Barcelona y Buenos Aires (Girón Sierra, Hochadel y Vallejo, 2018), aunque también es posible rastrearlas a nivel nacional. En ese mismo esquema, es dable destacar los diálogos establecidos entre Argentina, Italia y España en relación con las ideas eugénicas y de biotipología (Vallejo, 2012; Álvarez Peláez, 2012),

como también entre Argentina, Francia e Inglaterra respecto al tracoma (Di Liscia y Gioia, 2016).

Por otro lado, estas declaraciones nos invitan a no soslayar el hecho de que la prensa se constituyó en una herramienta fundamental para el autor de la asueroterapia; concretamente, en un contexto argentino de *sociedad de masas,* entendida como un conjunto de lenguajes, bienes y objetos que remiten a la industria, el mercado y el consumo (Gayol y Palermo, 2018), donde el público potencial para revistas, libros, diarios y otros canales de información se expandía paulatinamente. Los siguientes casos expuestos dentro de ese tercer capítulo son los de María Oyarzabal, Carmen Arcocha y Beatriz H. de Díaz. La primera, "diagnosticada de hipercloridria, con probable úlcera localizada en primera porción del duodeno" (Asuero, 1930: 178); la segunda, una "nefritis acompañada de uremia" (Asuero, 1930: 188); y en la tercera –si bien Asuero expresó que no podía dar un diagnóstico fijo– creía que se trataba "de una enferma con una marcada insuficiencia pruriglandular y con acentuada tendencia a los nuevos estados diabetoides" (Asuero, 1930: 195). Partimos de considerar que estos casos pueden ser agrupados, pues compartían una serie de rasgos; se trataba de pacientes mujeres, cuya profesión era "la de su sexo" y que presentaban afecciones que –desde la perspectiva de Asuero– requerían la realización de exámenes específicos. Este último factor sería definitorio en cuanto a la pregunta que esbozáramos previamente sobre el criterio de presentación de las historias clínicas. En lo que respecta a estas tres, observamos ciertos elementos propios de la biomedicina en cuanto a la praxis de Asuero y sus ayudantes, como, por ejemplo, la realización de análisis de sangre.

El examen de estas historias clínicas parece indicar que Asuero perseguía el objetivo de mostrar que empleaba los mismos métodos "científicos" que sus colegas, muchos de los cuales habían declarado anatema a su práctica. En los hechos, todos estos documentos tenían prácticamente la misma estructura (antecedentes familiares, antecedentes

y estado anterior, exploración, análisis, tratamiento a que fue sometido anteriormente y resultados y modificaciones observadas en el tratamiento actual), la cual es muy similar a la que exponían otros galenos de época en artículos que eran publicados en revistas médicas.

Ahora bien, conviene no perder de vista que Asuero también pretendía surcar una cabal distancia entre su actividad y la de otros médicos: "Los interrogatorios a que son sometidos mis enfermos, son de una sencillez que hacen clamar a los partidarios de la escenografía" (Asuero, 1930: 253). En otros términos, para el donostiarra la simplicidad del cuestionario se tornaba una herramienta de utilidad para poder acceder a ciertas informaciones, mientras que otras –de carácter genealógico– no se constituían, al menos en apariencia, en datos de interés: "[…] sin tener en cuenta lo más mínimo el que el abuelo del paciente se acostara de madrugada o que su tío político tuviera delirio por los picatostes" (Asuero, 1930: 254). Esta estrategia, según los dichos del propio autor, tenía que ver con que el paciente ya llegaba en un estado de ánimo perjudicial y era preferible no "enfrascarlo", además de que todo ese tiempo insumido en averiguar detalles era desproporcionado para la importancia que luego se les daba (Asuero, 1930: 254).

Sin embargo, una revisión de las historias clínicas presentadas en la obra examinada da cuenta de una marcada contradicción respecto a estas declaraciones. Ciertamente, los "antecedentes familiares" estaban en la parte inicial de la interrogación, y, si bien solo remitían a afecciones de padre y madre, resulta indiscutible que para el especialista esas pistas podían señalar o develar algo sobre la afección de quien se acercaba a su consulta. Esto podría estar indicándonos que, aunque el vasco se jactaba de hacer preguntas en un lenguaje no intrincado (casi prosaico) y trazar un cuadro "en un minuto" (Asuero, 1930: 254), en verdad sí se encargaba de indagar en la historia familiar cercana del enfermo, pues esto –como es sabido– podría allanarle el camino en cuanto al diagnóstico.

Relatos de “compañeros”

El capítulo cuarto de la obra de Asuero está planteado íntegramente a partir de una larga serie de relatos de sujetos que él presenta como compañeros, médicos, que le remitían los resultados de sus ejecuciones de asueroterapia en diferentes tipos de eventos ligados a la salud. Así, el primer extracto presentado es el del trabajo de un tal doctor Joaquín Segarra, un especialista en partos de la Facultad de Madrid. A grandes rasgos, este estudio –titulado *Algunas notas clínicas sobre la Asueroterapia en obstetricia*– plantea la acción analgésica del método del donostiarra durante el parto. A propósito de ello, Segarra presenta una serie de casos: refiere a las pacientes por su nombre (o iniciales), como también a galenos y enfermeras que las trataron antes de que arribaran a su consultorio. Una de ellas, embarazada de cinco meses, se presentó con cólicos hepáticos e infección de las vías biliares, mientras que todas las otras a las que menciona habían acudido a él a propósito de estar encinta. Las consecuencias de los toques del trigémino en todos estos casos habían sido positivas: todas las pacientes sintieron poco o nulo dolor durante el parto y, en algunas de ellas, el proceso de alumbramiento se había acortado. Tal vez este sea el rasgo más interesante de toda la comunicación; se trata de un efecto de la asueroterapia poco ponderado, pues, como veremos en las páginas siguientes, en general se lo destacaba como un método que implicaba la cura de enfermedades. En relación con este punto, conviene no perder de vista que –como se citó en Apiñaniz, Fernández Rodrigo y Gómez Herreras (2015: 76)– ya desde los albores del siglo XX en España existía la preocupación por parte del gremio médico en torno a esta cuestión: “Es inhumano el consentir que la mujer para con dolores intensísimos […] sin procurarla un alivio más o menos grande con el uso de medios que, sin perjudicarla, por lo menos pueden representar un acto de caridad” (Recasens Girol, 1916: 14). En vistas de esto, durante el siglo pasado fueron apareciendo nuevas técnicas

anestésicas que se ensayarían en todo tipo de cirugías y en el parto. Los tocólogos más renombrados de España fueron partidarios de la *anestesia a la reina*: la inhalación intermitente de cloroformo (Apiñaniz, Fernández y Gómez Herreras, 2015). Esto nos estaría indicando que la asueroterapia fisiológica habría intentado ganar espacio en un mercado ya configurado y dirigido a mitigar el dolor de las mujeres.

Posteriormente, Asuero admitió que Segarra le había enviado material con una escrupulosidad de detalles (incluso con fotografías), pero él no podía presentar todo "con la extensión que [hubiera querido]" (Asuero, 1930: 212). Por un lado, por el aparente caudal de información y, por otro, por la inminente aparición de una publicación de su colega relativa a la "analgesia obstétrica". En ese sentido, se limitó a reproducir en su libro las conclusiones a las que había llegado Segarra:

1. La Asueroterapia en el parto, bien practicada [...] determina un estado especial de analgesia, transformando en indolentes las contracciones uterinas.
2. En los casos de feto pequeño y macerado la Asueroterapia bien aplicada suprime en absoluto todas las molestias del parto.
3. El toque nasal de Asuero modifica las contracciones del parto, haciendo sean más intensas y frecuentes; por lo cual abrevia la duración del parto y del alumbramiento y activa la retracción de la matriz (Segarra en Asuero, 1930: 214).

Empero, resulta importante destacar que este profesional de la salud aseguraba que sus trabajos no eran concluyentes y que estaba aguardando la publicación del libro de Asuero para esclarecer algunas cuestiones y "perfeccionar sus conocimientos" (Segarra en Asuero, 1930: 203). Asimismo, reconocía que era menester ocuparse de la asueroterapia en el curso del embarazo:

> […] cuestión delicada que hay que estudiar con mucha cautela, ante el hecho de haberse presentado alguna vez, según referencias de compañeros, el aborto en el transcurso de veinticuatro horas, después de haber practicado el toque nasal en enfermas de las que se desconocía su estado de gestación (Segarra en Asuero, 1930: 214).

Las declaraciones anteriores resultan impactantes, fundamentalmente porque consideramos que estos relatos –junto a las historias clínicas– fueron exhibidos por Asuero como una especie de estandarte al momento de posicionarse y competir en un mercado terapéutico. Posiblemente, esta exposición tenía por objeto anticipar los dichos de Segarra y desdibujar estas dubitaciones o resultados no concluyentes a partir de conjugarlas con otros casos, al menos en apariencia, rotundamente exitosos. Esta hipótesis proviene de la estructura discursiva observada en el capítulo; luego de los dichos de Segarra, Asuero retomó historias que le remitió un supuesto discípulo suyo, que estuvo en su clínica: el Dr. Sanz Calcedo. Entre ellas se destacan la del tratamiento de desprendimiento de retina a partir de la asueroterapia; aquí se narraba todo el recorrido del paciente: se develaban los nombres y diagnósticos de otros médicos a los que había frecuentado en diferentes partes de España (como Sevilla y Madrid), como también los tratamientos a los que había sido sometido. Luego de un par de "toques" en el trigémino, Calcedo aseguraba que el sujeto había salido con perfecta visión, y es a partir de ese resultado a partir de lo cual Asuero reconocía su asombro. Este estaría cimentado en el hecho de que muchos otros médicos no habían podido sanar previamente al enfermo; es por ello por lo que el vasco decía optar por hacer "publicidad" de este caso, como también sugerirles a sus colegas que se dignasen a tomar en consideración su método (Asuero, 1930: 227).

Otra de las curas milagrosas de Calcedo era la de un hombre de 28 años que se encontraba paralizado desde

hacía 11 años a partir de “excesos de masturbación”. En este punto, cabe remarcar que el onanismo fue asociado a entidades morbosas desde tiempos atávicos, y llegó incluso a constituirse en teoría extendida a partir de los escritos del célebre médico suizo Simon-André Tissot durante el siglo XVIII.

> [Dicho autor realizó] una clasificación de los males que él mismo ha visto más a menudo, ordenados según cuatro grupos: síntomas debidos a la debilidad del estómago, síntomas causados por una debilidad de los órganos de la respiración, síntomas motivados por una relajación total del sistema nervioso y síntomas producidos por la debilidad de los órganos de la generación (Perdiguero Gil y González de Pablo, 1990: 144).

El paciente presentado por Calcedo pareciera pertenecer al tercer grupo de afecciones propuesto por Tissot, ya que era presentado como parapléjico. Conjeturamos que, a partir de ese diagnóstico complejo, este se erigió como un “éxito cañon” para el especialista.

Finalmente, cabe mencionar que Asuero publicó –entre algunas historias más– el caso de un niño de cuatro meses tratado a partir de su técnica. El infante presentaba “raquitismo, tosferina, bronconeumonía, infección intestinal y hernias inguinal y umbilical”, lo que daba “la sensación de muerte inminente” (Moreno Blasco, en Asuero, 1930: 229). Sobre este aspecto, conviene no perder de vista que, si bien durante la década de “1930 la mortalidad infantil y juvenil española” experimentaba “un notable proceso de reducción” (Ramiro Fariñas y Sanz Gimeno, 1999: 65), ciertas situaciones de precariedad en las condiciones de vida se mantenían y repercutían en la salud. En el caso presentado, el paciente vivía en “pésimas condiciones higiénicas”, y sus padres, por falta de trabajo, eran víctimas “de la más negra miseria” (Moreno Blasco, en Asuero, 1930: 230). Este panorama determinó, de acuerdo a los dichos de quien lo atendió, el Dr. Moreno Blasco, que fuesen necesarios cinco

toques durante todo un mes. Luego de ello, el niño parecía haber robustecido y desarrollado su organismo perfectamente.

Un análisis pormenorizado de este relato aporta algunos datos más acerca de la manera en este este supuesto médico curaba: "En otros muchos casos he empleado, solo o combinado con los demás medios terapéuticos usuales el procedimiento de Vd." (Moreno Blasco, en Asuero, 1930: 229). En pocas palabras, este *compañero* de Asuero reconocía que trabajaba a partir de una multiplicidad de enfoques y que, en algunos casos, algunos métodos de tratamiento podían solaparse. Esto nos lleva a considerar que este especialista podría pensarse a partir de la categoría de *híbrido.*

La historia de un pequeño "casi muerto" fue, definitivamente, una carta clave para Asuero. Fundamentalmente, porque allanaba el camino para avanzar sobre el uso de su método en pacientes de diferentes edades; recordemos que, ante el caso de Lucrecia Millé, el padre de la niña declaraba haber tenido que insistir para que el vasco interviniera sobre el cuerpo enfermo de su hija. En otros términos, la comunicación de Moreno Blasco dejaba al descubierto la posibilidad de poner en práctica la asueroterapia no solo en situaciones realmente graves, sino también en niños.

Consideraciones finales

El encanto de Fernando, su aparente costado humanitario, sus viajes, sus discusiones con la ciencia médica, sus vínculos con la prensa y la esfera política vienen siendo oportunamente estudiados desde perspectivas históricas socioculturales (Rivero, 2019; Rivero y Sedran, 2019). El presente estudio ha tenido por objeto abonar en las discusiones en torno a los posicionamientos y estrategias de este personaje –entendido como un *híbrido*– en un mercado terapéutico competitivo. Como hemos mostrado, sus argumentos

y exposiciones se estructuraron a partir de dar respuesta a una serie de supuestas injurias provenientes de quienes no creían en su invención. En este sentido, examinamos la importancia que revestía para Asuero no solo la posesión de un título universitario, sino también una tradición familiar ligada a las artes de curar. A partir de esos conocimientos aprehendidos en una alta casa de estudios, el donostiarra decía haber desarrollado y perfeccionado la *asueroterapia fisiológica,* que nada tenía que ver con la teoría de Pierre Bonnier. Sin embargo, tal y como hemos planteado a partir de la disposición discursiva de Asuero, poco se esclarece sobre este sistema hasta llegar casi al final de la obra. Es en el capítulo quinto donde se profundiza en esta temática, aunque soslayando elementos relativos a la anatomía y ponderando el "factor personal" de su curación. Dicha matriz habría estado signada por un estado psíquico particular compartido en el vínculo médico-paciente. A propósito de esa relación, hemos indagado en una suerte de escenario afable para los enfermos, alejado –al menos en apariencia– de los terroríficos instrumentos utilizados generalmente por los galenos y en el cual se establecía una conversación amable. Los resultados de ese pequeño interrogatorio, planteado sin formalismos ni léxicos intrincados, según Asuero, le permitían arribar a un diagnóstico rápidamente. En este sentido, hemos reflexionado acerca del proceso de medicalización.

Ahora bien, el estudio de las historias clínicas viene a mostrar que Asuero sí apeló a ciertas herramientas propias de la medicina positivista, como cuestionarios estructurados y exámenes de sangre, orina, etc. Por ello, asumimos que es factible pensar en que la elección de dichos casos e historias magníficas –en medio de los 8.000 pacientes que decía haber atendido– se encuentra en diálogo con una imperiosa necesidad de ser legitimado por el gremio médico. En otros términos, conjeturamos que, si bien el vasco intentaba mostrar marcadas diferencias entre su trabajo y

el de la mayor parte de la comunidad científica, perseguía su aprobación.

Finalmente, los casos presentados por sus colegas y recogidos en la obra han develado la posible intención de quienes practicaran la asueroterapia en el tratamiento del dolor de posicionarse y competir en un mercado específico: el de los dolores femeninos. De manera convergente, muchas de estas historias vinieron a intentar constatar lo imbatible que era su método: la cura de un parapléjico, de un bebé de cuatro meses, de un hombre que no veía como consecuencia de un desprendimiento de retina no hacían si no mostrar –desde la perspectiva del vasco– las bondades y la efectividad de la asueroterapia fisiológica.

Fuentes primarias

Asuero, Fernando (1930). *Asueroterapia fisiológica. Ahora hablo yo.* Tolosa: Editorial Guipuzcoana.

Crítica (noviembre de 1928). "Asuero representa un evangelio".

Diario (noviembre de 1928). "Con el Sr. Andres Millé".

El Orden (junio de 1929). "El método del Dr. Asuero".

Millé, Andrés (1930). "Mi inolvidable Dr. Asuero". En Asuero, Fernando. *Asueroterapia fisiológica. Ahora hablo yo.* Tolosa: Editorial Guipuzcoana, p. 173.

Moreno Blasco, Benito (1930). "Carta al Sr. D. Fernando Asuero". En Asuero, Fernando. *Asueroterapia fisiológica. Ahora hablo yo.* Tolosa: Editorial Guipuzcoana, pp. 229-230.

Sanz Calcedo, José (1930). "Desprendimiento de retina, tratado por asueroterapia fisiológica". En Asuero, Ferando. *Asueroterapia fisiológica. Ahora hablo yo*. Tolosa: Editorial Guipuzcoana, pp. 225-227.

Sanz Calcedo, José (1930). "Un caso de paraplegia curado inmediatamente". En Asuero, Fernando. *Asueroterapia*

fisiológica. Ahora hablo yo. Tolosa: Editorial Guipuzcoana, pp. 227-228.

Segarra, Joaquín (1930). "Algunas notas clínicas sobre la Asueroterapia en obstetricia". En Asuero, Fernando. *Asueroterapia fisiológica. Ahora hablo yo.* Tolosa: Editorial Guipuzcoana, pp. 203-215.

Bibliografía

Agostoni, Claudia (2018). "Ofertas médicas, curanderos y la opinión pública: el Niño Fidencio en el México posrevolucionario". *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura,* 45(1), 215-243.

Álvarez Peláez, Raquel (2012). "La eugenesia de las mil caras. Españoles vinculados con la Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social". En Miranda, Marisa y Vallejo, Gustavo (eds.). *Una historia de la eugenesia: Argentina y las redes biopolíticas internacionales, 1912–1945.* Buenos Aires: Biblos, pp. 219–236.

Apiñaniz, Javier, Fernández Rodrigo, Bienvenido y Gómez Herreras, José Ignacio (2015). "Historia del alivio del dolor del parto en España". *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid,* 52, 71-84.

Armus, Diego (2016). "Medicina casera, remedios y curanderos en los inicios de la medicalización de la ciudad moderna. Buenos Aires, 1870-1940". *Tempos Históricos,* 20(1), 47+80.

Bermann, Gregorio (1941). *La explotación de los tuberculosos.* Buenos Aires: Editorial Claridad.

Bubello, Juan Pablo (2010). *Historia del esoterismo en la Argentina. Prácticas, representaciones y persecuciones de curanderos, espiritistas, astrólogos y otros esoteristas*. Buenos Aires: Biblos.

Dahhur, Astrid (2013). "Ataques a curanderos. La medicina y su lucha por el control social de la población en los

primeros años del siglo XX”. XIV Jornadas Interescuelas/ Departamentos de Historia, Departamento de Historia de la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.

Dahhur, Astrid (2017). “El carisma como mecanismo de poder dentro del curanderismo en la provincia de Buenos Aires en el siglo XIX”. En XVI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia, Departamento de Historia de la Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata.

Di Liscia, María Silvia y Gioia, Emma (2017). “La investigación sobre el tracoma y las redes internacionales en Argentina (finales del siglo XIX hasta la década de 1930).” *Anuario de la Facultad de Ciencias Humanas*, 13(13), 17-32.

Farberman, Judith (2005). *Las salamancas de Lorenza: magia, hechicería y curanderismo en el Tucumán colonial*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Fleitas, Mirta (2007). “¡Queremos a Mano Santa!: actores y significados de una revuelta popular acontecida en 1929 en San Salvador de Jujuy”. *Salud Colectiva,* 3, 301-313.

Gayol, Sandra y Palermo, Silvana (2018). *Política y cultura de masas en la Argentina de la primera mitad del siglo XX*. Buenos Aires: Ediciones UNGS.

Gil, Enrique y De Pablo, Ángel (1990). “Los valores morales de la higiene. El concepto de onanismo como enfermedad según Tissot y su tardía penetración en España”. *Dynamis,* 10, 131-162.

Giménez Roldán, Santiago (2015). “Las curaciones prodigiosas del doctor Asuero: trastornos neurológicos psicogénicos en la población española”. *Neurosciences and History,* 3(2), 49-60.

Girón Sierra, Álvaro, Hochadel, Oliver y Vallejo, Gustavo (2018). *Saberes transatlánticos. Barcelona y Buenos Aires: conexiones, confluencias, comparaciones (1850–1940)*. Madrid: Ediciones Doce Calles.

Gomes Farias, Rosilene (2012). “Pai Manoel, o curandeiro africano, e a medicina no Pernambuco imperial”. *História, Ciências, Saúde–Manguinhos,* 19(1), 215-231.

González Leandri, Ricardo (2006). “La consolidación de una intelligetzia médico profesional en Argentina: 1880–1900”. *Diálogos. Revista Electrónica de Historia,* 7(1), 36-79.

Huertas, Rafael (2001). “Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos”. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría,* 1(2), 7-37.

Jarowski, Helan (1930). “Prólogo”. En Asuero, Fernando. *Asueroterapia fisiológica. Ahora hablo yo.* Tolosa: San Sebastián, s/p.

Márquez Valderrama, Jorge (2014). “El curandero, por Luciano Trespalacios S., 1916”. *Historia y Sociedad,* 27, 271-303.

Márquez Valderrama, Jorge y Estrada, Victoria (2018). “Culebrero, tegua, farmaceuta y dentista. El Indio Rondín y la profesionalización médica en Colombia, 1912-1934”. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura,* 45(1), 79-104.

Márquez Valderrama, Jorge, García, Víctor y Montoya, Piedad (2012). “La profesión médica y el charlatanismo en Colombia en el cambio del siglo XIX al XX”. *Quipu,* (14)3, 331-362.

Mattos, Renan Santos y Teixeira Weber, Beatriz (2013). “Disputas religiosas em Santa Maria-RS na década de 1930: Fernando do Ó e a ‘resistência liberal’”. *Revista Latino–Americana de História–UNISINOS,* 2(9), 248-268.

Palmer, Steven (2002). “La voluntad radiante del profesor Carbell: medicina popular y populismo médico en Costa Rica en el decenio de 1930”. En Armus, Diego (ed.). *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna.* Barcelona: Norma, pp. 259-292.

Recasens Girol, Sebastián (1916). "La analgesia en el parto normal". *La España Medica*, 6, 22-25.
Reis, João José (2008). *Domingos Sodré, um sacerdote africano: escravidão, liberdade e candomblé na Bahia do século XIX*. Sao Paulo: Editora Companhia das Letras.
Reis, João José;, Gomes, Flávio y Carvalho, Marcus (2010). *O alufá Rufino, tráfico, escravidãoe liberdade no Atlântico Negro (c.1822–c.1853)*. Sao Paulo: Companhia das Letras.
Rivero, María Dolores (2019). "Un viaje a la Argentina: el caso Asuero y la práctica ilegal de la medicina. Buenos Aires, 1930". *História, Ciências, Saúde–Manguinhos,* en prensa.
Rivero, María Dolores y Moreyra, Cecilia (2019). "Entre el peligro, los intereses y los derechos: notas sobre un caso de ejercicio ilegal de obstetricia (Córdoba, 1922)". *Estudios del ISHIR*, 24, s/p.
Rivero, María Dolores y Sedran, Paula (2019). "Fernando Asuero y la construcción de un personaje. Argentina, 1930". En Armus, Diego (ed.). *Híbridos de la Argentina moderna. La atención de la salud en los márgenes de la medicina oficial. E*n prensa.
Sampaio, Gabriela dos Reis (2009). *Juca Rosa, um pai–de–santo na Corte imperial*. Río de Janeiro: Arquivo Nacional.
Sanz Gimeno, Alberto y Ramiro Fariñas, Diego (1999). "Cambios estructurales en la mortalidad infantil y juvenil española, 1860-1990". *Boletín de la Asociación Española de Demografía Histórica,* 17(1), 49-87.
Santolaya, María de los Angeles y Massena, María Elizabeth (2011). "El proceso de medicalización en perspectiva comparada. Tensiones entre saberes médicos y empíricos a fines del siglo XIX en Paraná y Santa Fe". III Jornadas Nacionales de Historia Social, La Falda, Argentina.
Sarfatti Larson, Magali (1988). "El poder de los expertos, ciencia y educación de masas como fundamento de una ideología". *Revista de Educación,* 285, 174-177.

Sedran, Paula, Carbonetti, Adrián y Allevi, Ignacio (2018). "Juan P. Quinteros, espiritista. Disputas por los sentidos legítimos del arte de curar. Santa Fe, fines del siglo XIX". R*evista de Indias*, 78(274), 819-843.

Seman, Jennifer (2015). *The politics of curanderismo: Santa Teresa Urrea, Don Pedrito Jaramillo, and faith healing in the U.S.–Mexico borderlands at the turn of the twentieth century*. Disertación, Faculty of Dedman College–Southern Methodist University, Texas.

Sowell, David (2002). "Andanzas de un curandero en Colombia: Miguel Perdomo Neira y la lucha entre el buen sentido y la ignorancia ciega". En Armus, Diego (ed.). *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Barcelona: Norma, pp. 71-103.

Teixeira Weber, Beatriz y Oliveira da Silva, Jaisson (2012). "Padre Gay: um cônego ilustrado na campanha gaúcha". *Estudos Ibero–Americanos,* 38(1), 144-160.

Vallejo, Gustavo (2012). "Eugenesia latina y relaciones de la argentina con la Italia fascista". En Miranda, Marisa y Vallejo, Gustavo (eds.). *Una historia de la eugenesia: Argentina y las redes biopolíticas internacionales, 1912–1945.* Buenos Aires: Biblos, pp. 167-215.

Vallejo, Mauro (2014). "Onofroff en Buenos Aires (1895). Apogeo y caída de un ilusionista". *Prismas. Revista de Historia Intelectual,* 18, 111-131.

Vallejo, Mauro (2017). *El conde de Das en Buenos Aires 1892–1893. Hipnosis, teosofía y curanderismo detrás del Instituto Psicológico Argentino*. Buenos Aires: Biblos.

Xavier, Regina Célia Lima (2008). *Religiosidade e escravidão, no século XIX: mestre Tito*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.

La conformación de la Sociedad Espiritismo Verdadero[1]

Moral espírita en Rafaela, provincia de Santa Fe

María Eugenia Demarchi

"Nacer, morir, renacer nuevamente…
y progresar sin cesar, tal es la Ley".

Allan Kardec

Introducción

El presente trabajo explora la trama que dio lugar a la fundación de la Sociedad Espiritismo Verdadero (SEV) en la ciudad de Rafaela, localidad que, como muchas otras en el centro-oeste santafesino entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX, surgió en 1881 como colonia agrícola, evidenciando prontamente un gran crecimiento económico, poblacional y territorial. En este contexto de desarrollo precoz de las primeras décadas del siglo XX, dando cuenta de los cambios y del proceso de diversificación de la sociedad rafaelina, se fundó la SEV. Ello invita a reflexionar, desde el comienzo del análisis histórico que se propone, sobre las implicancias de esta en la trama social local y de la prosperidad socioeconómica que fue su telón de fondo.

1 Agradezco los comentarios de Paula Sedran a la presente versión de este texto.

La doctrina espírita, al formar parte de una nueva forma de espiritualidad, no ortodoxa, supuso también para sus adeptos nuevas formas de concebir la vida, la salud y el bienestar.

En Argentina, la llegada del espiritismo a fines del siglo XIX, de la mano de inmigrantes españoles, estuvo incluida en el afincamiento de las nuevas heterodoxias, tal como las designa Susana Bianchi (2009): es decir, nuevas creencias y cosmovisiones que se apartan de la doctrina oficial de una religión o que discrepan de la doctrina fundamental de un sistema político y filosófico. En este sentido, se destaca que el espiritismo no puede analizarse sin la particular raigambre en la ciencia moderna de su credo. A este respecto, el espiritismo constituye "una filosofía que se fundamenta en la ciencia y se proyecta en sus consecuencias morales" (Aizpurúa, 2016: 30). De esta manera, se ubica sin ambigüedades en el mundo de la cultura contemporánea al ser un espiritualismo científico (Quereilhac, 2014).

El espiritismo vino a constituir una novedosa cosmovisión, que conjugó ciencia, filosofía y moral para romper las ataduras teológicas como condicionantes a la hora de ver, comprender y explicar la existencia humana y la relación con la divinidad. En ello, Argentina no constituyó una excepción. Amén de su dimensión espiritual, desde el discurso médico, el saber espírita pasó, retrospectivamente, a incluirse en las prácticas llamadas "alternativas" o "empíricas" de sanación. Se la vinculó al magnetismo animal y a la hipnosis y a otros rituales terapéuticos (Idoyaga Molina, 2015).

Como señala Daniel Ludueña (2013), el espiritismo es un fenómeno multifacético que, como tal, interesa a la historia social y cultural de la religión, de la salud, de la inmigración, entre otros. Según el autor, los desarrollos recientes sobre la temática en el país han permitido poner de relieve la importancia de este fenómeno para la historia misma del espiritismo (Bubello, Chaves y De Mendonça Júnior, 2018; Suárez, 2013), en su dimensión institucional,

en su cosmología (Ludueña 2009). Finalmente, sobre sus prácticas rituales terapéuticas (Algranti y Gancedo, 2015). Para el centro, oeste y norte de la provincia de Santa Fe, esta temática constituye un área de vacancia notoria con la excepción de estudios de caso puntuales (Demarchi, 2018; Sedran, Carbonetti y Allevi, 2018).

El espiritismo plantea, en la consideración de la salud y del bienestar, una relación conflictiva entre las categorías de ciencia y de religión, como por ejemplo en las prácticas sacralizadas terapéuticas, que permiten situarla entre dos hegemonías (la religiosa, del catolicismo, y la científica, de la biomedicina). Para reconstruir sus orígenes en ello, será necesario considerar su raigambre sociocultural para situar históricamente el fenómeno en el centro-oeste santafesino. Por ello aquí se privilegia, desde la perspectiva de la historia social y con enfoque cualitativo, la atención a los testimonios de los protagonistas de ese período fundacional, y se atiende a sus razones para crear y cimentar la SEV, cuyo eje fue, primordialmente, espiritual. Se recaban testimonios de los descendientes de los fundadores de la SEV, de sus documentos institucionales, así como de fuentes periodísticas locales y provinciales.

El análisis se detiene especialmente en los citados testimonios, pues el espiritismo es una práctica aún viva en la sociedad rafaelina, lo cual inserta dichos testimonios en un universo simbólico espiritual y de bienestar que permitirá enmarcar los saberes, instituciones y prácticas espiritistas en clave local y regional. Ello con el fin de contar con una base empírica sobre la cual avanzar en estudios específicos relativos al campo de la historia de la salud y la enfermedad.

Espiritismo y SEV: moral y la espiritualidad

En el plano histórico, el espiritismo surgió a mediados del siglo XIX con el formidable trabajo teórico y experimental

que realizó el pedagogo francés Allan Kardec. La existencia de Dios, la preexistencia y supervivencia del espíritu, la reencarnación, la facultad mediúmnica, la concepción del espiritismo como una ciencia experimental y como filosofía librepensadora y del progreso como transformación personal pueden mencionarse dentro de sus postulados básicos. La existencia de Dios, como premisa mayor de la doctrina espírita, podría llevar a la errónea definición del espiritismo como una religión, por lo cual es importante destacar que, en cuanto doctrina espiritualista, el espiritismo coincide con las religiones cuando coloca dentro de sus principios básicos las ideas de Dios, del alma y de la vida después de la muerte, pero se diferencia en cuanto a la manera de asumirlas, definirlas, entenderlas o interpretarlas.

Las religiones hacen parte del espiritualismo dogmático, mientras que el espiritismo es un espiritualismo científico. En la visión religiosa, y especialmente en la religión judeo-cristiana, el hombre vive una vez y está marcado por el pecado original, del cual solo habrá de librarse mediante la concesión de la gracia divina.

> El espiritismo es una doctrina evolucionista que no admite ideas como las de pecado, salvación, cielo, infierno, y que presenta la ley de la reencarnación como el instrumento que viabiliza el progreso individual y colectivo, enseñando al hombre que es el artífice de su propio destino en sus vidas sucesivas (Aizpurúa, 2016: 31).

Por el contrario, en el espiritismo no hay dogmas ni libros sagrados: se preconiza la razón como fuente de saber.

Como se dijo, en Argentina, a fines del siglo XIX, el espiritismo se contaba entre los "movimientos espirituales ajenos a las religiones constituidas, que intentaban conciliar los principios dominantes con las aspiraciones de trascendencia metafísica" (Bianchi, 2009: 141).

En este sentido, para la historia de la salud, la particular cosmovisión que el espiritismo propone entre ciencia, religión e "institucionalización del espíritu" (Ludueña, 2013:

42) resulta interesante para ubicar esta doctrina y sus concepciones sobre el bienestar –la intersección entre la enfermedad, las concepciones de lo sagrado y las terapias practicadas (Idoyaga Molina, 2015)– en el marco del panorama espiritual y científico santafesino. Considerando, además, que la necesidad de estudiar los casos locales se reconoce en la comprobada diversidad que el espiritismo adquirió en Argentina, más allá de su institucionalización en la Confederación Espiritista Argentina (Ludueña, 2013).

En Rafaela, la llegada de la SEV, en la década de 1920, supuso una novedad importante en el marco de una tradición de hegemonía católica. A nivel local, la SEV asentó su desarrollo institucional sobre los principios básicos del estudio metódico de la obra de Allan Kardec, del desarrollo crítico de la mediumnidad y de las comunicaciones espirituales a través del control intermediúnico y de la razón, de las comunicaciones espirituales y de la compenetración profunda en los aspectos morales y progresistas de la doctrina (Drubich, 1999: 3). Sus bases fundacionales fueron enumeradas de la siguiente forma:

> –Cumplimiento de las leyes naturales y divinas que incluyen la familia, el prójimo, el trabajo, el servicio, la solidaridad, el ejemplo cotidiano, el control cotidiano, el control del lenguaje, del pensamiento y del sentimiento.
> –Desarrollo y conquista de una autoridad moral conductiva.
> –Fidelidad a los conceptos doctrinarios de este conocimiento.
> –Un claro e inquebrantable compromiso con el progreso, que era sostenido por firmes valores (Drubich, 1999: 24).

Tanto el contenido de la práctica de la SEV, como su modalidad, mecanismos de aceptación de nuevos miembros, y el estatus y consideración social de sus integrantes en la sociedad local (como personas trabajadoras, prósperas, de bien) estuvieron apoyados fuertemente en la dimensión moral de la doctrina espiritista. De hecho, sobre la experiencia local, Fernando Montú (2008) destaca que,

> a diferencia de otras instituciones de Argentina, América y el mundo que se avocaron al estudio de los fenómenos derivados de la mediumnidad, los fundadores de Espiritismo Verdadero tuvieron siempre como eje fundamental el conocimiento de sí mismo como medio superador para el desarrollo de la personalidad en el bien (Culzoni, 2008: 8).

Los antecedentes de la llegada y posterior institucionalización de los primeros seguidores de la doctrina espírita a la ciudad de Rafaela dan cuenta de la decisiva contribución del proceso inmigratorio de finales del siglo XIX y de los posteriores desplazamientos regionales o migraciones internas de las familias inmigrantes, en la diversificación social y sus expresiones espirituales. Geográficamente, se puede situar el punto de partida de la comunidad espírita local en la localidad de Casa Grande, provincia de Córdoba, lugar de residencia, en los principios del siglo XX de la familia Soriano.

Josefa Ortiz y Andrés Soriano, procedentes de España, se instalaron en la citada localidad cordobesa, donde desarrollaron la actividad comercial, regenteando un negocio de ramos generales. Fueron padres de 10 hijos (tres varones y siete mujeres). Dos de ellos, Arnaldo y Joaquín, eran trabajadores ferroviarios. La irrupción del espiritismo en la vida de la familia Soriano fue el corolario de una experiencia vivida por la madre, Josefa. Así lo rememora una de sus hijas (también llamada Josefa):

> En un viaje que hizo mi madre a la población veraniega de Cosquín, con el objeto de visitar a sus amigas, tuvo oportunidad de enfrentarse con algo que, con el tiempo, iba a dar un rumbo definitivo a su familia. ¡Qué lejos estábamos de pensar que una simple manifestación de curiosidad, con el correr de los años, canalizaría nuestras vidas, introduciéndonos en los maravillosos y desconcertantes porqués de la existencia humana y espiritual! (Rossetti, 1992: 11).

Luego del encuentro con una señorita oriunda de la ciudad de Rosario, quien se encontraba vacacionando en Cosquín y que poseía la "rara propiedad de ver a seres invisibles, espíritus leves (no sólo los veía espontáneamente, sino que podía llamarlos y oír sus voces)", y de que esta efectuara una demostración del modo de evocar a estas entidades espirituales, Josefa Soriano se interesó profundamente por el tema, y les transmitió lo vivido a su esposo e hijos mayores. Además, les manifestó que "ya conocía a través de [los] mensajes [recibidos] que sus hijos eran "Médiums" y que podía evocarlos, siempre que esas evocaciones se realizaran con seriedad y fe en Dios" (Rossetti, 1992: 12). De esta manera, su primer acercamiento al mundo de las ideas espíritas fue a través de la experimentación, ya que, para ese entonces, desconocían la doctrina elaborada y codificada por Allan Kardec.

En 1906, la familia Soriano se radicó en la ciudad de Córdoba, en busca de una mejor enseñanza para sus hijos. Allí, las reuniones destinadas a la comunicación con los espíritus se realizaban de manera cada vez más esporádica, hasta que finalmente fueron terminantemente prohibidas por el padre de familia:

> Como nosotros no teníamos una forma organizada de controlar y dirigir los médiums, comenzaron las dificultades. Joaquín, dueño de una mediumnidad completamente potente y desarrollada, comenzó a caer en trance en cualquier lugar donde se hallara [...]. Este estado de posesión se fue volviendo cada vez más continuo [...] lo que trajo como consecuencia que mi padre interviniera [...] resolvió con carácter firme y decidido, prohibir completamente esas comunicaciones (Rossetti, 1992: 13).

Esta primera etapa se vincula con los aspectos puramente fenomenológicos del espiritismo, pero constituye el punto de partida para la historia de la Sociedad Espiritismo Verdadero. En este contexto, una de las hijas del matrimonio Soriano-Ortiz, Josefa, contrajo matrimonio con Ageo

Culzoni, procedente de Paraguay, en 1918. Al año siguiente, los esposos, junto a los padres de Josefa, se radicaron por motivos laborales en la localidad de Ataliva, distante a unos 30 km de Rafaela, mientras que Joaquín Soriano ya residía con su familia en el vecino pueblo de Galisteo, en calidad de jefe de la estación de ferrocarril.

En esos tiempos Ageo comenzó a interesarse por la obra de Cosme Mariño, hombre clave para la divulgación del espiritismo en el Río de la Plata y especialmente en la Argentina, a través de la Sociedad Espírita Constancia, primera sociedad espírita argentina, fundada en Buenos Aires en 1877 (Mariño, 1963). Comenzó así un intercambio epistolar que tuvo como causa el deseo de Culzoni de conocer la esencia de la doctrina espírita y, como corolario, la respuesta solícita de Mariño, quien le envió un número de la revista *Constancia*, publicación pionera dentro de los periódicos espíritas durante el período 1881-1927. Siguiendo los consejos de Mariño, Ageo Culzoni adquirió las obras de Allan Kardec y se suscribió a la mencionada publicación (Vercesi de Drubich, 2008: 18).

A pesar de la reticencia inicial de su esposa Josefa, Culzoni emprendió el estudio serio y científico de la doctrina. En ese momento, en que la fenomenología se comenzó a encuadrar y comprender dentro del marco más amplio de los conocimientos doctrinarios y científicos, comenzaron a gestarse los rasgos distintivos de la futura Sociedad Espiritismo Verdadero de Rafaela. Las primeras reuniones se realizaron en la localidad de Ataliva, de manera intrafamiliar. El grupo inicial se componía de Ageo Culzoni, su esposa Josefa Soriano, Joaquín Soriano (en su condición de médium) y su esposa Dominga Nissen.

En el año 1923, Ageo Culzoni y su familia se mudaron a la ciudad de Rafaela, y de esa manera empezó a escribirse la historia de la sociedad espírita local. Hasta el 1927, se realizaron reuniones semanales en las que paulatinamente se amplió el reducido grupo original. María Alicia V. de Drubich, en el artículo “Nuestros orígenes”, menciona:

> Joaquín por razones de trabajo, permanece en Ataliva, pero los domingos viaja a esta ciudad para realizar las acostumbradas sesiones. Lo traía Mauricio Drubich (inmigrante ruso), quien con Juan Ternengo, Bartolomé Cichitti y Gerardo Guzmán, se incorporaron a las reuniones. Sus esposas los acompañan y apoyan. Más tarde lo hacen Sebastián Fernández y Esteban Montú (Vercesi de Drubich, 2008: 19).

Drubich también mencionó como asiduo asistente a las reuniones al matrimonio conformado por Juana y Demetrio Montú, residentes en Galisteo y quienes ya habían tenido contacto anterior con los principios de la doctrina espírita. Su hijo Néstor, en un escrito de su autoría sobre la vida de su padre, explica:

> En el año 1926 mi padre conoció a Don Joaquín Soriano, jefe de la estación ferroviaria de Galisteo, este señor era espiritista y amigo del sobrino de mi padre, Esteban Montú, a trabes [sic] de él, se contactan para experimentar con una reunión de esa índole, mi padre tenía algún conocimiento sobre espiritismo porque en circunstancias anteriores había oído hablar del mismo y en otras había recibido orientación para instruirse en el conocimiento, adquiriendo las obras de Kardec [...]. Esto había ocurrido cuando, siendo joven, le hablara un cocinero francés que trabajara para ellos en el equipo de trilla que poseían y por segunda vez en la peluquería de Ataliva por intermedio del peluquero de origen japonés, quien le indica o indujo a la compra de la mencionada obra (Montú, 2008: 8).

Las circunstancias que acercaron a Demetrio Montú a la doctrina espírita se encuadran dentro del fenómeno mayor que relacionó a los inmigrantes arribados a Argentina a finales del siglo XIX y principios del XX, con la difusión de nuevas ideas y creencias que posibilitaron la diversificación y enriquecimiento del ámbito de la sociabilización entre grupos de diferente procedencia. Relacionado también a este fenómeno inmigratorio, aunque dando cuenta de causas históricas distintas (la Rusia imperial del zar Nicolás II y la persecución sistemática de la población judía), luego

de varios desplazamientos internos por el territorio argentino llegó a nuestra ciudad Israel Moisés Drubich, Mauricio, quien había emprendido un exilio forzoso hacia Argentina junto a su hermana Eugenia, Yeni, y las pequeñas hijas de esta, María y Rosa.

Un fragmento de la novela *Una estrella en la otra orilla* del rafaelino Raul Drubich (2017) da cuenta de esta situación, al mencionar la diversidad de nacionalidades de los pioneros espíritas locales y la importancia decisiva de la inmigración para conformar los núcleos poblacionales en nuestra zona. La mesa espírita, constituida ese domingo de invierno en la casa del matrimonio de Ageo Culzoni y Josefa Soriano, era, al igual que la pujante ciudad que los albergaba, un crisol de razas, donde casi las dos terceras partes de la población eran extranjeros, inmigrantes, establecidos en la colonia, con Rafaela como epicentro y con muchos pueblos satélites, no muy alejados de ella. Sentados en círculo, podía verse una muestra de lo que acontecía en el país. La mayoría eran italianos, y también había españoles y un ruso: Mauricio Drubich.[2]

En la localidad de Ataliva, conoció a Esteban Montú, quien ya participaba de las reuniones espíritas de la familia Soriano, y fue a través de sus palabras a través de lo cual se interiorizó sobre los fundamentos de la doctrina, así como de la actividad realizada por el grupo tanto en Rafaela como en Ataliva. Luego, "las idas y vueltas a Ataliva por las sesiones espiritistas y su amistad profunda con el albañil José Dellasanta hizo que éste lo convenciera de que se fueran [junto a su esposa Ana] a vivir a Rafaela" (Drubich, 2017:

---

2 De origen judío, al llegar a nuestro país "Mauricio" debió cambiar su nombre por otro que no evidenciara su pertenencia a la religión judía, ya que esto podía dificultarle la obtención de empleo. Así, "el ruso argentino anotó en la ficha de empleo Mauricio Drubich, borrando al anterior Israel Moisés […] canjeando empleo por dignidad y sufriendo una vez más la discriminación por su credo. Cuando tiempo después conoció el Espiritismo y esta sola palabra le implicó decenas de malentendidos sociales […] nunca se inmutó y aceptó los prejuicios" (Drubich, 2017: 177).

287). En diciembre de 1920, el matrimonio se instaló en Rafaela. Cuatro años después, también procedente de Rusia y también huyendo del horror y la persecución religiosa, llegó María ("Maña", hermana de Mauricio) con su esposo Schepsel Jeicker y su hija Fira.

Un rasgo distintivo del grupo conformado por los pioneros espíritas locales fue el seguimiento, desde los inicios, de las enseñanzas de A. Kardec como guía para el conocimiento y crecimiento personal y grupal. Esta preservación doctrinaria mantenida y consolidada a lo largo del tiempo diferenció y diferencia a los espíritas locales de otros grupos basados en distorsiones del pensamiento espiritista orientadas hacia el fenomenismo puro y vacío de contenidos o que adquirieron características propias de una religión. El testimonio de Josefa Soriano evidencia esta afirmación:

> Nuestras sesiones continuaban; se intensificó el estudio de las obras de Allan Kardec a las que se dedicaba una noche por semana. Entre todos los asistentes se realizaban los comentarios y se procuraba ponerlos en práctica en nuestro quehacer diario (Rossetti, 1992: 57).

En este sentido, puede destacarse la importancia que el contenido doctrinal tuvo en la práctica de la SEV, y, de su mano, la impronta manifiesta de que este conocimiento diera forma a la manera en que los sujetos conducían sus vidas. Entre 1924 y 1927, las reuniones realizadas los días domingo en Rafaela contaron cada vez con más asistentes, entre los cuales se puede citar a Santiago Alessandrini, José Dellasanta (de origen suizo y de profesión constructor, que tenía trato de tipo laboral con Ageo Culzoni), Félix Giorgis, su esposa Ida y Mario y María Molfino (Verseci, 2008: 19).

La constitución de la Sociedad, en la sesión del domingo 22 de enero de 1928, dotó a las posteriores reuniones de un marco de formalidad. De acuerdo al historiador local Daniel Imfeld (2015), luego de la constitución de la Sociedad, los pioneros espíritas se organizaron muy

rápidamente. Efectivamente, al iniciarse los trámites para obtener la personería jurídica de la Sociedad, se suscitó una controversia con el fiscal de Estado, quien solicitó precisiones para la identificación legal del mencionado en el acta fundacional como Andrés, aludiéndose a su condición de guía espiritual, pero sin precisarse sus datos filiatorios.

Dos medios periodísticos de la ciudad de Santa Fe dieron cuenta de esta situación. El martes 10 de octubre de 1928, el diario *El Norte*, bajo el título "La Sociedad Espiritismo Verdadero ha solicitado personería jurídica", informó:

> El fiscal de estado doctor Masjoan se ha dirigido ayer por la mañana al ministro de gobierno, Dr. De Anquín acompañándole el expediente iniciado por la sociedad Espiritismo Verdadero de Rafaela que pide personería jurídica. Dice el fiscal: en el acta de fundación de la sociedad nota con extrañeza esta fiscalía que las resoluciones tomadas han sido sometidas a la aprobación previa de un ciudadano de nombre Andrés quien parece ejercer influencia preponderante sobre los miembros de la sociedad, cuyo apellido no aparece ni tampoco su firma en el acta de referencia. El fiscal antes de determinar si la asociación ocurrente tiene por principal objeto el bien común (art. 33 inc. 5 del Código Civil) estima conveniente que SS solicite a la ocurrente un informe sobre la personalidad del Señor Andrés y la intervención que tiene en la actuación de la sociedad (*El Norte*, 10 de octubre de 1928).

Además, el artículo transcribe íntegra el acta de constitución. Esta situación da cuenta de las dificultades a las que debieron hacer frente los fundadores de la sociedad, fundadas en el desconocimiento de las prácticas espíritas y especialmente en los prejuicios sociales frente al fenómeno de las comunicaciones espirituales.

En respuesta a esta solicitud, en fecha 11 de enero de 1929, Salvador M. Ferro (en calidad de apoderado legal) presentó un escrito dirigido al ministro de Gobierno, Justicia y Culto, Dr. Irineo de Anquín, en el que proponía modificaciones a los estatutos de la Sociedad Espiritismo

Verdadero, a fines de cumplimentar los requisitos legales y obtener la personería jurídica, pero sin que aquellos variasen en sus fundamentos. Del mencionado documento, se extrae la redacción definitiva del lema de la Sociedad:

> El objeto de la formación de la sociedad es: Estudiar todos los fenómenos que se produzcan en las manifestaciones del espíritu, procurar el progreso moral de todo prójimo como de sí mismo.
> Practicar la caridad por todos los medios que se tengan al alcance y procurar la educción, con la creación de bibliotecas y escuelas en las que se dedicará preferentemente atención al conocimiento del espiritismo.[3]

Luego de la constitución formal de la Sociedad y debido al aumento de personas concurrentes a las reuniones, se decidió trasladar el lugar de encuentro desde la casa de la familia Culzoni, ubicada en las inmediaciones de avenida Aristóbulo del Valle, hasta un inmueble más apropiado para las necesidades del creciente grupo. Así lo relató Josefa Soriano de Culzoni (en un testimonio que también da cuenta del proceso de crecimiento de la institución):

> Como las reuniones comenzaron siendo de corte familiar, se realizaban en nuestra modesta casa. Los asistentes fueron aumentando con el tiempo y lo que comenzó siendo un grupo de familiares relacionados por consanguinidad y afecto, se transformó en un conjunto de personas unidas por el único interés de conocer el espiritismo y comprender su filosofía. La casa que habitamos carecía de una habitación amplia como para dar cabida a los grupos que casi diariamente nos reuníamos. El señor Giorgis encontró una casa adecuada, con un amplio salón, en calle Güemes 615 […] y con la aprobación de la reciente comisión directiva nos trasladamos para

3 Escrito dirigido al ministro de Gobierno, Justicia y Culto de la provincia de Santa Fe, en el que proponía las modificaciones solicitadas para la obtención de la personería jurídica. Aporte de María Delfina Barreiro, archivo personal.

> vivir en ella. El 1 de marzo de 1928 se realizó el traslado (Rossetti, 1992: 61-62).

De acuerdo con este testimonio, el paso de la tracción familiar a una razón social exclusivamente espiritista fue concomitante con el crecimiento de los asistentes y con el afianzamiento de la regularidad de los encuentros.

El énfasis hecho en el contenido de estas se evidencia en cómo los sujetos relataban la admisión de nuevos miembros. Estos debían demostrar su compromiso personal y afrontar con seriedad y convicción el estudio de la doctrina y el proceso de autoconocimiento:

> Así, luego de una asidua concurrencia a sesiones de martes, el asistente podía solicitar su entrada a las sesiones de los jueves, realizadas con la participación activa de los médiums en trabajo. Su ingreso era permitido luego de la aceptación de nuestro Guía Espiritual de sesiones bajo la condición de haber leído las obras de Kardec y de someterse a una observación individual [que] consistía en una reunión especial en donde se encontraban presentes tres miembros de conjunto, el médium adecuado y el asistente, el punto neurológico de este análisis eran las cualidades morales del individuo pero, aparte de ello, significaba mucho la predisposición del interesado por encausarse en el conocimiento espírita y en la aplicación de su doctrina. Para seguir avanzando, una vez admitido, debía asistir a 16 sesiones de jueves para solicitar su admisión en las del día sábado. Para asistir a las sesiones generales de los días domingos el asistente debía haber dado muestras evidentes de la aceptación total de la doctrina espiritista [...] en especial sobre la aplicación constante de la moral espírita en su conducta y en su sentir diario (Rossetti, 1992: 63).

Aquí, el requisito de haber estudiado la obra de Kardec y de ser observado reafirma la importancia de las prácticas rituales en la SEV. Como refiere la descripción, las sesiones fueron el núcleo y razón de la reunión de los miembros, dado que en ellas se concentraba la dimensión "material" y

la "espiritual" del conocimiento espiritista (Algranti y Gancedo, 2015: 144).

La inserción de la Sociedad de Espiritismo Verdadero en el medio social

Rememorando la vida de su padre, Don José Demetrio Montú, uno de los fundadores de la SEV, Néstor Montú, en un escrito privado rememora:

> Junto a otros hombres que sentían la necesidad de expandir estos nuevos conceptos (que daban) respuestas coherentes a los distintos interrogantes de la vida, a consolidar este incipiente grupo y fundar una institución que los contuviera y representara. Un día del año 1928 logran sus propósitos fundando la Sociedad de Espiritismo Verdadero. Ésta surgió así, como un espacio de búsqueda de respuestas, un lugar de contención y representación, que cobijó a aquellos que se animaron, en el contexto de una sociedad hegemónicamente católica, a pensar el mundo desde otra óptica, desde un paradigma totalmente distinto al religioso. Una cruzada emprendida por un grupo de hombres y mujeres que encontraron en la fórmula que sintetiza los pilares de la de la doctrina espiritista – Ciencia, filosofía y moral– la respuesta a sus interrogantes y anhelos más íntimos (Montú, 2008: 11).

El sabor a proeza y el reto planteado se plasman en las palabras de Montú:

> Todo un logro y un desafío para el medio social y en aquellos tiempos donde casi todos respondían a una religión irrespetuosa [catolicismo] de todo lo que no condijera con sus propias convicciones o ideas. Fueron años duros, de enfrentamientos ideológicos (Montú, 2008: 11).

Es interesante rescatar esta percepción de quien recrea en su escrito las vivencias transmitidas por su padre. Montú situaba este enfrentamiento en el terreno de las ideologías,

tal vez como aglutinante de dos instituciones de naturaleza intrínsecamente diferentes: una religión constituida, con sus dogmas, ritos, preceptos, proscripciones y sobre todo con una finalidad "evangelizadora" en cuanto propagación de los preceptos, frente a una filosofía de vida, concebida como un modo de ser y actuar en pos del bien y del progreso individual y colectivo.

La forma de (re)pensar y ver el mundo de los espiritistas resultó novedosa en el plano del imaginario colectivo y las tradicionales concepciones religiosas de principios y mediados del siglo XX en Rafaela, tan distantes de los preceptos de la doctrina espírita. Valga como ejemplo de ello una anécdota referida en una entrevista por el señor Fernando Montú (2018), hijo de Néstor:

> Ella [refiriéndose a la hija de uno de los iniciadores de la Sociedad de Espiritismo local y tía abuela suya] era chiquita, pero siempre tuvo mucha personalidad y…
> Fue un cura [a la escuela] y la maestra percibió que, cuando todos saludaron, ella dijo simplemente "Buenas tardes" o "Buenos días"… y todos dijeron "Buen día, padre"… y la maestra se ve que estaba esperando qué pasaba […] y le dijo que saludara bien, que le dijera "Buenos días, padre", y [ella] le dijo: "No. Mi papá está en mi casa". Y entonces lo mandaron a llamar a mi abuelo y él dijo: "No, yo apoyo lo que dice mi hija, no tiene por qué llamarle padre a alguien que no considera padre". Y la sacó de la escuela (Montú, 2018).

La doctrina espírita interpeló toda la estructura jerárquica que llevaba a naturalizar el denominar "padre" con la fuerte carga simbólica que esta palabra conlleva al ministro de una religión. No resulta casual que esta situación se hubiera registrado en el ámbito de un establecimiento de enseñanza pública, la Escuela Graduada Alterna. "Casilda M. de Castro", luego denominada "Juan Bautista Alberdi", de esta ciudad (Bianchi de Terragni, 1972: 325). Este ámbito fue propicio para este tipo de situaciones. Héctor

Culzoni (2017) –hijo de Ageo que fue un pionero espírita local– recuerda:

> Yo me acuerdo de chico [Héctor nació en 1929] que había… había… cómo te puedo decir… un poco de choque con la Iglesia católica, y sé que algunos funcionarios de la Iglesia atacaban publicaciones, etc.… Pero eso no pasó [a mayores]… eso duró un tiempo, yo me acuerdo de chico que había comentarios… […]. Las maestras nunca hicieron ninguna referencia, pero nosotros, cuando iba el cura a dar la clase de religión en la escuela primaria, nos retirábamos e íbamos a la clase de moral… que daba una maestra y no pasaba de eso (Culzoni, 2017).

En este punto, también es importante considerar el peso de la mirada de la sociedad hacia estos otros, cargada de prejuicios y preconceptos, fruto tal vez del desconocimiento o del ideario epocal que asociaba "la palabra espiritismo […] a preconceptos, resabios de la inquisición, como brujería, magia negra, demencia, etc." (Montú, 2008: 8).

Cabe plantearse entonces cuál fue el camino elegido por este nuevo colectivo social para lograr la inserción social. Según Montú, "sus profundas convicciones, la firmeza del ideal que comprendían, así también como sus deseos de progreso y la conducta ejemplificadora, constituyeron las fuerzas en las que se apoyaron para ir, lentamente, derribando los prejuicios de la época" (Montú, 2008: 8).

En la misma línea, Héctor Culzoni (2017) explica que la inserción social de la Sociedad Espiritismo Verdadero tuvo como punto de partida la buena relación de sus integrantes con el medio social. Esta comprobación inserta a la SEV en la tensión identificada para la Argentina por Algranti y Gancedo (2015) de los distintos énfasis hechos en la avidez por experimentar fenómenos espirituales y otra que veía en el espiritismo la llegada de un cristianismo verdadero. En el caso rafaelino, se acentuó la dimensión moral de la práctica. Podemos encontrar en este modo de actuar inspirado en el progreso como motor de transformación personal el

motivo por el cual muchos de estos pioneros espíritas fueron grandes emprendedores, fundadores e impulsores de muchos comercios e industrias locales, lo que en muchos casos trajo también aparejado un crecimiento económico y patrimonial. Dada la particularidad del fenómeno asociativo entre los miembros del grupo, trabajo y familia se convirtieron en pilares básicos para la consolidación del colectivo.

Con el tiempo, el progreso material de muchos miembros, fruto del esfuerzo y el trabajo constante, se hizo evidente. Sin embargo, esa situación económica más favorecida no debe entenderse como característica de origen del grupo fundador, ya que la mayoría de ellos era gente de trabajo que en los inicios padeció muchas dificultades económicas:

> La vida era dura, constituía un gran obstáculo para [la] serena comprensión que brinda una existencia exenta del sacrificio diario y angustioso para ganar la supervivencia a la propia vida. Debíamos luchar a brazo partido con la situación económica que nos sumía en el trabajo diario remunerativo de una parte mínima de nuestras necesidades materiales (Josefa Soriano de Culzoni, en Rossetti, 1992: 32).

En el ámbito laboral en que se desarrollaban, los pioneros también encontraron terreno fértil para la divulgación de la doctrina:

> Mi padre era albañil y se conoció con un constructor de acá de Rafaela. Bueno, él trabajaba para ese constructor, un italiano, y, bueno, mi padre le contó lo del espiritismo… y al principio tenía sus dudas, pero al final terminó… Dellasanta, era. Terminó incorporándose al grupo y formó parte de los fundadores de la entidad (Culzoni, 2017).

Culzoni (2017) también da cuenta de cómo, a través del contacto laboral, se amplió la base inicial de la Sociedad, directamente relacionada, en sus inicios, a las relaciones

intrafamiliares. Consultado acerca de las relaciones familiares como vehículo de trasmisión de la doctrina, expresa:

> La familia sí. A veces fue el trabajo, el conocimiento de las personas entre sí, pero siempre dentro de ese núcleo que fue Soriano, Culzoni, de esa gente que se conectaba. Por ejemplo, Drubich también, a través del ferrocarril, el que se conectó con el grupo fue Guzmán… y otros… y esos a su vez trajeron a un amigo y así fue incorporándose y conformándose un grupo afín, a pesar de los distintos orígenes, cada uno venía… Drubich venía de Rusia, Dellasanta venía de Italia y resulta que después el caso de Montú. Montú es del grupo, de la zona de Ataliva, de Galisteo y todo eso, y Montú era un hombre que trabajaba para la cosecha, en el campo (Culzoni, 2017).

En este mismo sentido, escribe Montú:

> [Demetrio Montú] tuvo que dejar de ser un hombre de campo para dedicarse a alguna actividad dentro del ejido urbano. Se dedicó a trabajar en la construcción de viviendas. En esta función se desempeñó por el lapso de dos años para luego integrarse a desempeñar tareas como herrero en el taller que poseía Don Félix Giorgi [sic], otro amigo cosechado en las filas del espiritismo y que más tarde fuera su socio en un nuevo emprendimiento metalúrgico junto a Mauricio Drubich, espiritista desde un principio… En el año 1930, hizo construir su propio hogar a Don José Dellasanta, otro amigo espiritista (Montú, 2008: 10).

Otro interesante medio de socialización de la SEV fue la prensa, a través de la publicación del periódico mensual *Idealismo*, cuyo primer número vio la luz en el mes de septiembre de 1928 (apenas ocho meses después de la conformación de la sociedad). Su primer director fue Ageo Culzoni, encargado de escribir el editorial que supuso la irrupción pública del espiritismo en el plano local. Allí expresa:

> Así pues, con la sencillez más natural nos presentamos en público y honestamente entramos por la puerta del periodismo local creyendo de buena fe que no nos ha de faltar

> un asiento para nosotros; y en este concepto nos es grato saludar a la prensa en general, sea del color y las tendencias que quiera (Culzoni, 2008: 4).

Para Adela Culzoni, este primer boletín de la Sociedad Espiritismo Verdadero significó "un medio para relacionarse con otros espíritas, con el periodismo y con público en general" (Culzoni, 2008: 4).

Uno de los objetivos fundantes de la sociedad fue la apertura de la institución evitando los prejuicios del sectarismo. La inserción social, entonces, también se concretó a través de la realización de conferencias de tipo públicas, los días martes y de manera semanal. De esta manera, la Sociedad Espiritismo Verdadero abría sus puertas a quienes, motivados por su propia iniciativa, desearan conocer los principios de la doctrina. Esta situación no debe confundirse con una tarea de tipo evangelizadora en cuanto esta es propia de las religiones, pero no condice con la naturaleza ni los objetivos de la sociedad espírita local. No obstante, sí debe resaltarse que el reconocimiento de los individuos que integraron la SEV como vecinos, comerciantes y trabajadores "antes que como espiritistas (Montú, 2018)" les granjeó respeto y aceptación generalizados.

Por lo expuesto en este breve recorrido, puede comprobarse cómo la SEV se arraigó en Rafaela en un momento clave de su crecimiento. Esta surgió de la iniciativa de unas familias afincadas allí provenientes de la lindante provincia de Córdoba, las cuales, a su vez, fueron animadas en su contacto con inmigrantes de origen tan diverso como España y Japón.

El perfil de los fundamentos y prácticas de la SEV se inclinaron muy claramente hacia la escuela de Allan Kardec, esto es, el espiritismo francés, e hicieron hincapié en los componentes morales de la doctrina espírita. A su vez, este perfil se construyó por el contacto que sus miembros tuvieron con personalidades clave del joven espiritismo argentino, como Cosme Mariño, quien activamente

aconsejó sobre el rumbo que debían tomar la formación y las reuniones de la SEV.

La SEV tuvo un arraigo duradero en la sociedad local. Desde sus inicios, su creación y existencia tuvieron repercusión en la prensa local y provincial. A esto contribuyó también el objetivo manifiesto de los miembros de sortear los prejuicios del sectarismo, dándose a conocer mediante la realización de conferencias y la elaboración de una publicación propia.

En palabras de los protagonistas y sus descendientes, los vínculos familiares y laborales, es decir, la trama primaria de sus vínculos sociales, fueron clave para el sostenimiento y difusión de la doctrina y fe espírita.

Por lo antedicho, las características y circunstancias de origen de la SEV (su acento en que la moral espírita condujera la vida de los miembros, su diversidad socioeconómica y étnica, su política de darse a conocer abiertamente) hablan de su importancia para la sociedad local. La conformación e institucionalización de la SEV vino sin dudas a confirmar el fenómeno de diversificación del campo de las creencias local a inicios y mediados del siglo XX, evidenciando el decisivo aporte de la doctrina espírita para la generación de diversidad y el enriquecimiento del entramado del sistema de creencias, de forma que generó una mayor variedad respecto a la oferta del aparato de creencias existentes, hasta ese momento identificado exclusivamente con el culto católico.

Futuros estudios, orientados específicamente a las terapias de la SEV, deberán considerar las características antedichas pues ponen de manifiesto que, en su pervivencia, los sentidos compartidos sobre la moral espírita siguen presentes en una parte de la sociedad rafaelina.

Fuentes primarias

Escrito privado: "Vida de Don José Demetrio Montú, mi padre", de Néstor Esteban Montú Goitre (Rafaela, junio de 2008).

Escrito dirigido al ministro de Gobierno, Justicia y Culto de la provincia de Santa Fe, donde se proponen las modificaciones solicitadas para la obtención de la personería jurídica. Aporte de María Delfina Barreiro, archivo personal.

La Opinión 1881-2006, de Rafaela (2006).

Entrevistas

Culzoni, Héctor, 25 de agosto de 2017. Entrevista personal. Rafaela.

Imfeld, Daniel, 8 de septiembre de 2017. Profesor de Historia. Entrevista personal. Rafaela.

Montú, Fernando, 3 de octubre de 2018. Entrevista personal. Rafaela.

Drubich, R., 25 de noviembre de 2018. Entrevista personal. Rafaela.

Bibliografía

Aizpúrua, Jon (2016), *Los fundamentos del espiritismo*, Buenos Aires: Dunken.

Algranti, Miguel y Gancedo, Mariano (2015). "El bienestar de las periferias. Sanación y sacralidad en dos religiones heterodoxas de la ciudad de Buenos Aires". *Ciencias Sociales y Religión,* 22, 136-155.

Bianchi, Susana (2009). *Historia de las religiones en Argentina: las minorías religiosas*. Buenos Aires: Sudamericana.

Bianchi de Terragni, Adelina (1972). *Historia de Rafaela, ciudad santafesina*. Santa Fe: Colmegna.

Bubello, Juan Pablo, Chaves, José Ricardo y De Mendonça Júnior, Francisco (2018). *Estudios sobre la historia del esoterismo occidental en América Latina: enfoques, aportes, problemas y debates.* Buenos Aires: UBA/UNAM.

Culzoni, Adela (2008). "Idealismo de ayer y hoy". *Ideario,* edición 80.º Aniversario, Sociedad Espiritismo Verdadero, 4.

Culzoni, Gustavo (2008). "Las bases fundacionales del Espiritismo Verdadero". *Ideario,* edición 80.º Aniversario, Sociedad Espiritismo Verdadero, 21-24.

Demarchi, María Eugenia (2018). "La espiritualidad en Rafaela: de la hegemonía a la diversidad (1881–1929)". Trabajo final de Seminario de Investigación, ISP n.° 2 Joaquín V. González, Rafaela.

Drubich, Raúl (2017). *Una estrella en la otra orilla.* Buenos Aires: Dunken.

Idoyaga Molina, Anatilde (2015). "Enfermedad, terapia y las expresiones de lo Sagrado. Una síntesis sobre medicinas y Religiosidades en argentina". *Ciencias Sociales y Religión,* 22, 15-37.

Imfeld, Daniel (2015). "Minorías y diversidad religiosa en el espacio centro-oeste de Santa Fe (1870–1930)". Primeras Jornadas Entrerrianas de Inmigración, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Colegio de Graduados en Cooperativismo y Mutualismo de la República Argentina.

Ludueña, Daniel (2013). "Estudios sociales contemporáneos sobre el espiritismo argentino". *Ciencia, Religión e Institucionalización del Espíritu,* 6(1), 42-59.

Ludueña, Daniel (2009). "Performance y popularización de una vertiente del espiritismo argentino". *Debates do Ner,* 15, 71-103.

Mariño, Cosme (1963). *El espiritismo en Argentina.* Buenos Aires: Editorial Constancia.

Montú, Fernando (2008). "Inserción de la Sociedad de Espiritismo Verdadero en el medio social". *Ideario,* edición 80.º Aniversario, Sociedad Espiritismo Verdadero, 8-9.

Quereilhac, Soledad (2014). "Sociedades espiritistas y teosóficas: entre el cenáculo y las promesas de una ciencia futura (1880-1910)". En Bruno, Paula (dir.). *Sociabilidades y vida cultural: Buenos Aires, 1860–1930.* Bernal: UNQ, 123-153.

Rosetti, Nadia (1992). *Iniciación espiritual.* Santa Fe: CITTA Hnos.

Sedran, Paula, Carbonetti, Adrián y Allevi, Ignacio (2018). "Juan P. Quinteros, espiritista. Disputas por los sentidos legítimos del arte de curar. Santa Fe, fines del siglo XIX". *Revista de Indias,* 78(274), 819-843.

Suárez, María Victoria (2013). "Las heterodoxias religiosas: 'El Espiritismo Luz y Verdad' en Santiago del Estero. El caso de Colonia Jaime (1929-1932)". Tesis de Licenciatura en Sociología, Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud, Universidad Nacional de Santiago del Estero.

Vercesi de Drubich, María (2008). Nuestros orígenes. *Ideario*, edición 80.º Aniversario, Sociedad Espiritismo Verdadero, 17-120.

Los senderos ambiguos de la ebriedad al alcoholismo

Santa Fe (1900-1930)

PAULA SEDRAN

"¿Cómo pasamos de lo 'normal' a lo patológico?".

George Devereux (1973)

Introducción

Entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del XX, el consumo de bebidas alcohólicas en el mundo occidental creció notablemente, proceso consolidado como consecuencia de los cambios que sacudieron la economía y la vida social (Holt, 2006; Powers, 2006; Rojas Sosa, 2019). El saber médico contribuyó, de manera central, a cambiar las formas de concebir al alcohol como problema social y a posicionarlo como uno de los males sociales más acuciantes, si no el más (Campos Marín, 1997; Menéndez, 1985). No obstante, las principales iniciativas para combatirlo (la temperancia y la prohibición) se fundamentaron con argumentos morales y religiosos en conjunción con enunciados científicos, lo que demuestra que el imaginario sobre el alcohol excede largamente las definiciones del discurso médico (Fahey y Tyrrell, 2003; Harrison, 1997; Edman, 2016).

En Argentina, el consumo de alcohol ha sido estudiado en sus aristas médica, penal (Seidellán, 2008) y económica (Richard Jorba, 2010; Hanway, 2014), así como por la

intervención de los discursos expertos del higienismo social en las estrategias de la agroindustria del vino en el paso al siglo XX (Ferrari Gutiérrez, 2011; Mateu, 2016). Aunque los trabajos de mayor circulación se preocupan eminentemente por los discursos producidos por las élites y por la circulación intradiscursiva de estos, en trabajos que se encuadran en la problemática de la llamada "cuestión social" (Suriano, 2001), se ha establecido para América Latina el constructo que ligó etilismo a enfermedad y, por tanto, a crimen desde la mirada estatal (Agostoni y Speckman Guerra, 2005).

Por otra parte, estudios de caso señeros consideraron la ingesta de alcohol en cuanto forma de sociabilidad y de resolución de conflictos (Gayol, 1993; Yangilevich, 2007). Estos aportes suponen un valor específico para la perspectiva histórica sociocultural ya que, tanto en la elección de su objeto –unas formas no negativas de la ingesta–, como en la propuesta de recorridos metodológicos y de análisis documental, permiten objetivar una de las contradicciones más flagrantes de la cuestión del consumo de alcohol: su carácter estructuralmente ambiguo. Amén de la "mala fama" de la que sufre, el consumo de alcohol ha gozado y goza aún de una mirada mayoritariamente positiva (en formas, cantidades, circunstancias, sujetos, fines, que cambian de sociedad en sociedad, de período en período) (Alasuutari, 1992; Room, 2001).

Ello resulta relevante para el campo de la salud y la enfermedad porque pone de manifiesto un problema específico que concierne al mentado proceso de medicalización social: habiendo sido un tema predominante en la agenda del orden social en Europa y en América, el consumo nocivo de alcohol fue definido como enfermedad por la biomedicina especialmente entre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX. Paradójicamente, ese ímpetu del esfuerzo medicalizador en la temática pone de manifiesto sus propias limitaciones, ya que los médicos no pudieron imponer su discurso a las mayorías de la población, que siguieron bebiendo, embriagándose y valorando positivamente la

ingesta de alcohol en múltiples escenarios de la vida individual y colectiva. Eduardo Menéndez plantea esta cuestión en términos cáusticos para la biomedicina: la "población [occidental] prefirió ser 'dependiente' del alcohol y no del médico y se caracterizó por su escasa demanda del tratamiento médico para el 'alcoholismo'" (Menéndez, 2020: s/p).

Para abordar este problema, el enfoque sociocultural considera la presencia del alcohol en la trama de relaciones sociales del período (es decir, la relación entre procesos de alcoholización, las prácticas patológicas y los saberes sociales sobre ambas). Se abandona así "una cierta mirada de sentido común sobre los problemas sociales y que toma como 'hechos' sólo los rasgos más evidentes de un fenómeno social y suele desestimar efectos menos visibles y estructurales del mismo" (en este caso, solo el consumo problemático); un "sesgo empirista" que está presente muchas veces en los estudios sobre el alcohol (Tomsen, 1990: 48).

Como señala Robin Room (2001), el problema con este punto de partida asumido es que deja fuera del análisis un vasto campo de prácticas y saberes sobre los usos "beneficiosos" o al menos no dañinos del consumo de alcohol: usos que no son cuestionados e incluso son impulsados socialmente. En sus estudios sobre grupo de individuos alcohólicos, Alasuutari hace evidente este sesgo subrayando que, si no se estudian las formas *patológicas* del consumo en relación con sus formas aceptadas, no puede entenderse el contexto cultural que lleva a los individuos a beber ni los sentidos dominantes que le otorgan a esta práctica, no pueden comprenderse los criterios que distinguen una forma patológica de una no patológica de beber. En otras palabras, para entender el consumo de alcohol como problema social, no puede obviarse la consideración de su relación con los procesos de alcoholización que predominan en la sociedad (Menéndez, 2020).

Ello hace necesario preguntarse por las formas en las que representaciones, saberes y prácticas se entrelazan en

torno al problema del consumo de alcohol, para darle materialidad en la vida social. En el caso santafesino, se hace evidente para el período la convivencia de la ebriedad como fenómeno conspicuo, consolidado como problema social en las voces de la elite a lo largo de los años de la Organización Nacional (Sedran, 2018) con una cuasiausencia de medidas específicas para abordarla desde la esfera de la salud. ¿Qué sentidos tiene para la salud en Santa Fe esta disposición? ¿Fue socialmente aceptada la definición del alcoholismo como enfermedad, al pulso del auge mundial de su persecución? Estas y otras preguntas sobre la alcoholización, la ebriedad y el alcoholismo permiten acercarse a la historia de la salud y la enfermedad en Santa Fe desde una perspectiva crítica, en el sentido específico de no reproducir *a priori* interpretaciones construidas para casos típicos o nacionales.

En vías de una mirada sociocultural de la bebida

Desde fines del siglo XVIII, la ingesta de alcohol pasó de ser concebida como una práctica de sociabilidad y reunión a considerarse un flagelo con el potencial de poner en riesgo el porvenir de la sociedad (Harrison, 1997; Pierce y Toxqui, 2014). El siglo XIX trajo consigo una nueva mirada hegemónica sobre la bebida, no exenta de ambigüedad, que pivoteó entre su definición como vicio, como patología o como una combinación de ambos (Room, 2001; Alasuutari, 1992; Sánchez y Fernández, 2007). El denominador común a estas interpretaciones (la preocupación por la afrenta que los bebedores suponían para el sistema, al minar los pilares de la moral y el trabajo) redireccionó el problema del alcohol a las esferas del delito y de la salud, lo cual reafirmó la prerrogativa que ciertos discursos, como el médico, el psiquiátrico y el penal, tuvieron sobre el tema (MacAndrew y Edgerton, 1969). De esta manera, han sido estudiados procesos de

hegemonía y de segregación, que validaron el control de la mano de obra y de la vida de sujetos rotulados como peligrosos, por una conjunción de discursos médicos, penales y estatales, que, en el mismo proceso, legitimaron socialmente sus saberes (Menéndez, 1985). Asimismo, el diálogo entre la historia de las emociones y la historia de la salud y la enfermedad identificó el vínculo particular que la modernidad inauguró entre medicina y emociones, relación necesaria como deliberadamente ocluida por el saber canónico (Bound Alberti, 2006) y que en el fenómeno de la ebriedad tiene una relevancia particular, aunque esta ha sido visitada más por la literatura que por la historia (Huertas, 1985).

Desde una perspectiva cultural, el alcohol hace visibles otras esferas de la vida social, como la definición de las pautas de comportamiento deseables, el rol de las emociones y los miedos en la estructuración de la trama social, así como procesos de construcción de identidad y otredad (Room, 2001). En esta clave, el estudio del consumo de alcohol en sociedades modernas, en las cuales ha sido catalogado principalmente como un problema de la salud, excede largamente el análisis del "alcoholismo" (Alasuutari, 1992). Al preguntarse por los vínculos existentes entre los sentidos sociales y las relaciones sociales que estos integran, la historia cultural permite explorar las formas más complejas en que los saberes se entrelazan con las creencias, las emociones, los imaginarios en una cuestión tan urticante a la idea moderna de la civilidad, del decoro, de los comportamientos como esfera de disputa.

La historiografía latinoamericana (y los estudios latinoamericanos), tanto los que despliegan una mirada crítica, como aquellos que aceptan más fácilmente las voces de las élites sobre la moralidad de las clases populares, se ha concentrado en el estudio del alcohol como problema del orden social. Aunque existen análisis incisivos (Saignes, 1993), los estudios sobre el período tardocolonial y sobre los años de la formación de Estados nacionales tienden a fijar la mirada únicamente en el consumo de alcohol como fenómeno de

desorden social, marginal o propio de solo ciertos sectores de la sociedad. Aquellos que se sitúan en el paso del siglo XIX al XX han analizado el problema que la bebida supuso para la conformación de una mano de obra funcional tanto desde la gravitación que se le atribuyó en desórdenes y protestas sociales (Fonseca Ariza, 2000; Salazar Bermúdez, 2017; Palma Alvarado, 2004), como atendiendo a su definición desde la ciencia médica (Vázquez, 2018; Noguera, 2004; Piccato, 1995).

Han sido los estudios antropológicos los que advirtieron sobre la dimensión ritual, de sociabilidad e incluso nutritiva del consumo de bebidas alcohólicas (Menéndez, 2009), es decir que abiertamente han planteado el problema del vínculo entre las formas negativas y positivas comprometidas en los procesos de alcoholización. Para la historia de la salud y la enfermedad, en este período de redefinición de los saberes sociales sobre la enfermedad (Armus, 2002), tienen especial relevancia los estudios sobre la transformación de las prácticas y percepciones sobre alcoholización en el marco del sistema de dominación, así como de los roles desagregados que esta cumplió como mecanismo de evasión, como práctica organizada en torno al género y como praxis de sanación (Molina y Camacho Santiago, 1991).

El desafío que este trabajo asume es el de comenzar a tender puentes entre las nociones, saberes y prácticas que definieron el período y la interdiscursividad santafesina.

Santa Fe y un escenario dividido

El análisis de los discursos y prácticas del consumo de alcohol, atendiendo específicamente a las formas que adquirió su definición como enfermedad, se compone de las siguientes preguntas: ¿fue visibilizada la ingesta de alcohol como enfermedad?; ¿qué características se le atribuyeron?; ¿qué otras definiciones se hicieron de bebedores y bebi-

da?; ¿cuáles instituciones, sujetos y saberes participaron de dichas definiciones?; ¿qué prácticas existieron para su tratamiento, control y sanción? Desarrollos previos sobre el caso santafesino han permitido establecer un piso de indagación al respecto.

En primer lugar, la preocupación de la élite por el consumo de alcohol de los sectores pobres de la sociedad, especialmente hombres criollos, fue constante durante los años de la formación estatal. Esta se concentró especialmente en el potencial de violencia que se le adjudicaba; se afirmó que, generada por la inmoralidad de estos hombres, la ebriedad podía provocar la decadencia de esa joven sociedad (Sedran, 2018). Sin embargo, esta preocupación, cuasiomnipresente, no estuvo acompañada de acciones estatales orientadas a afrontar el consumo de alcohol (más allá de la normativa correccional). En este sentido, fue notable también la renovada crítica que los mismos miembros de la élite gobernante hicieron sobre las falencias de dicha normativa, que solo fue reformada hacia 1910.

En el paso al nuevo siglo, no fue contestada la definición de la ebriedad como un vicio, entendido como fruto de una condición moral. La mirada pública se depositó, principalmente, en el comportamiento de la tropa policial, acusada de corporizar *el inmoral vicio de la embriaguez*, y la gran ausente de este debate fue la noción de la bebida como enfermedad. En efecto, hasta finales de siglo, el abordaje de la ebriedad como problema de salud se trató de una práctica residual, incluida en la tarea de las damas de caridad, que daban cobijo a "desgraciados" y "dolientes" que llegaban al Hospital de Caridad, y en el tratamiento de patologías específicas, como la cirrosis de hígado, aunque sí pueden localizarse iniciativas orientadas a la ebriedad, como la de construir un ala específica para los pacientes alcohólicos que mantuviera el decoro en la población general (Sedran, 2018: 118).

La asociación entre la preocupación por la bebida y la desconfianza social hacia la policía vertebró las acciones

que sí dispuso el Estado en materia de control de la ebriedad, que fueron fundamentalmente correccionales. En el Reglamento Interno de la Policía de 1910, se asienta, de manera literal, la noción de que la ebriedad es un comportamiento individual que afecta la moral pública cuando es excesivo:

> Los agentes de policía deben proceder a la inmediata detención de toda persona que se encuentre en las calles, plazas, almacenes, cafés o cualquier otro lugar de acceso público, en completo estado de ebriedad.
> Art. 1100: El mismo procedimiento deberán observar con las personas que, sin estar completamente ebrias, hayan perdido por efecto de la bebida el dominio absoluto de sus sentidos y se encuentren en el estado en que la practica policial les llama de algo ebrio (Reglamento Interno de la Policía de 1910: 14).

Los dos elementos que se destacan en este fragmento son los lugares en que debía ser sancionada la ebriedad (públicos, visibles, de reunión) y la magnitud de dicha ebriedad ("completo estado de ebriedad", "algo ebrio"). Ha sido analizado cómo, en una diversidad de fuentes, el consumo de bebidas alcohólicas en formas no transgresivas o violentas se asumía como una práctica cotidiana (Fernández y Sedran, 2019) que debía ser controlada para que no se volviera excesiva. Entonces, ¿a partir de qué cantidad la ingesta comenzaba a ser un problema? Contestar ello implica considerar la escala de gradación en la bebida percibida por los sujetos. La utilización de "algo", "nada", "completamente" ebrio como escala de percepción, que aparece en el anterior fragmento, se repite en testigos de incidentes interrogados en expedientes, crónicas, entrevistas a ebrios en la calle (Sedran, 2020). En el discurso normativo, la bebida se representó como una acción voluntaria e individual, que cambiaba de acuerdo a la posición social del bebedor. Fue la visibilidad de estas conductas la que siguió guiando las preocupaciones sobre sus efectos, lo que se evidencia en la citada escala de completamente o algo ebrio (cuyo eje es la

percepción de los efectos notables, disruptivos, visibles), así como en la prescripción de minimizar las escenas desagradables y el escándalo y de dispensar un trato diferencial de acuerdo a la condición social del detenido.

En el reglamento, además, otro rasgo reafirma la connotación preeminentemente moral de esta práctica: debía ser tratada de manera diferencial, de acuerdo al estatus y la moral del sujeto involucrado:

> Pero cuando el algo ebrio sea un vecino honesto, el agente se limitará a aconsejarle que se retire a su domicilio, haciéndole ver los peligros a que su estado puede exponerlo y lo acompañará a su casa si vive en las inmediaciones. […]. En condución [sic] de un ebrio se procederá siempre con la mayor calma y circunspección a fin de evitar en lo posible el espectáculo desagradable que se produce cuando un ebrio se resiste y escandaliza (Reglamento Interno de la Policía de 1910: 16).

La insistencia, en documentos normativos a lo largo del tiempo, en el decoro con que debía conducirse la Policía se explica mayormente por la ausencia de este en la práctica real de los agentes. En las reiteradas quejas sobre el tema, el honor mancillado de los individuos tuvo un lugar importante. En 1922, Clemente di Fiori envió una solicitada al diario *Santa Fe* con el fin de rectificar "la información policial" que lo involucraba y que era "completamente falsa y calumniosa". "[Denuncio la intención de] echar sombras sobre mi conducta que estimo tan culta como cualquiera de los que forman la comisaría de servicio de esta ciudad", expresó Di Fiori cuando se lo tildó de ebrio y se lo asoció a un episodio confuso de desacato a la autoridad (*Santa Fe*, 14 de marzo de 1922):

> Serían aproximadamente las diez de la noche y en circunstancias que conducía a sus respectivos domicilios a tres ciudadanos bastante ebrios, uno de ellos a quien aprecio, al doblar la calle Mendoza en dirección al Norte, surgió de entre las sombras un sujeto que por su indumentaria tomé en un principio

> por uno de los tantos atorrantes que pululan por la ciudad quien preguntó qué había y pensando como digo, que este fuera uno de los tantos maleantes que transitan ebrios para despojar a la gente del dinero o cualquier otra cosa de valor, le pedí se retirara, lo que hizo calladamente [...]. Al finalizar la tercer cuadra es decir, no habíamos llegado a La Rioja, cuando sin saber por qué razón ese mismo sujeto que no tuvo la deferencia, no con los borrachos sino con el suscripto, de exhibir medalla o carnet que lo acreditara con derecho a intervenir en nuestra marcha, descerraja dos tiros al aire (*Santa Fe*, 14 de marzo de 1922).

Los tiros de advertencia de ese agente vestido como maleante y que no se identificó asustaron a Di Fiori, que se retiró. Su reclamo es que se lo involucró en un aparente episodio de desacato que tuvo lugar luego de su partida. Más allá de denunciar la mentira, el problema principal del incidente citado parece residir no en la ebriedad de los hombres (que en el recuento parecían pacíficos), sino en la actitud impropia del agente.

En el marco de dichos sentidos consolidados sobre la bebida y sobre la naturalidad con que se convivía con ella, comenzó a aparecer más frecuentemente una específica forma de mirada negativa, enunciada en términos "médicos" o que pretendían serlo. Estos enunciados aparecieron en la prensa en la forma de noticias, editoriales y, en menor medida, piezas publicitarias. Es allí donde puede reconocerse el comienzo de la instalación del término "alcoholismo" en la interdiscursividad santafesina. Ahora bien, dicho proceso tuvo características específicas, que permiten trazar preguntas entre estas y la ausencia aparente de políticas específicas para combatir el alcoholismo.

En correlación con la tendencia general en el mundo occidental, en Santa Fe pervivió una definición ambigua de la naturaleza del alcoholismo como condición, aun cuando es perceptible el avance relativo de fundamentos científicos en la construcción de las definiciones (Menéndez, 1985). Es decir que, en las mismas descripciones del alcoholismo (y

no ya del vicio de la ebriedad), convivieron elementos de índole moral con explicaciones biologicistas, sean estas más de corte degeneracionista (Ferro, 2010) o solo enfocadas en los efectos orgánicos de la bebida en el individuo.

En Santa Fe, esta tendencia se sobreimprimió a una división "espacial" de las representaciones sobre el alcohol: la prensa escrita replicó noticias extranjeras o porteñas sobre campañas antialcohólicas y semblanzas sobre la ordalía sufrida por el organismo del sujeto alcohólico. Los protagonistas de estas descripciones eran individuos de bien:

> Al principio una copa es inofensiva, cree que estimula sus fuerzas, un vermouth entre amigos es un acto de cortesía, luego se repiten las copas y la costumbre sobreviene y tras algunos años el estómago languidece, las fuerzas se debilitan y la voluntad se esclaviza, entonces le alcohol mina el organismo progresivamente y el vicio se arraiga apareciendo en las facciones los síntomas del estrago pues la nariz se enrojece, las manos tiemblan y desapareciendo la vergüenza considera sus terquedades y disparates como actos de los naturales. De noche, las pesadillas lo atormentan y los vómitos matinales lo fastidian, siente hormigueos en los brazos y en las piernas y los músculos se irritan vencidos por la debilidad (*Santa Fe*, 10 de julio de 1918).

En estas descripciones, se manifiesta preocupación por el padecimiento físico del enfermo, a diferencia de la indignación o escándalo que generaba el ebrio (el hombre pobre, criollo; policía). Aparecen, asimismo, rasgos psíquicos y emocionales (esas pesadillas que atormentan al enfermo, con una dolencia que lo toma por sorpresa) que ilustran otras facetas de la intoxicación alcohólica (no se trata ya del acto deliberado de intoxicarse).

Entre los años 1911 y 1918, fue publicado un nutrido grupo de noticias en las que se auguraba un futuro dantesco de no tomarse las riendas del problema del alcohol y se proponían medidas que oscilaban entre un mayor control policial de los ebrios y el consumo en general, la suba de

las tasas a la producción e importación de vinos y espirituosas, y la implementación de campañas antialcohólicas. Estas noticias, nutridas con información norteamericana, europea (cuando era estadística) y bonaerense (cuando se aludía a proyectos de ley y medidas tomadas por el gobierno nacional) terminaron con arengas enfáticas y consternación. Hacia el final de la Primera Guerra Mundial, y en sintonía con el auge prohibicionista de alguna de las potencias contendientes, se leían frases como: "Perseguir el alcoholismo es tarea de la humanidad y el gobierno que abandone la lucha anti-alcoholista mostrará incapacidad para interpretar los intereses públicos".

En cambio, las noticias locales eran mayoritariamente recuentos de episodios entre borrachos que tenían lugar en bares, almacenes y lugares de juego ilegal. Hacia fines de los 1920, se sumaron a estos narraciones sobre ebrios caídos en desgracia, abandonados a su destino y maltratados por la policía: "indefensos ciudadanos" que, "por el sólo hecho de estar alcoholizados", recibían "golpes de puño" por parte del "malón" de las autoridades policiales. En estas noticias, a diferencia de las denuncias de ebrios violentos (muchos de ellos, policías) que predominaron hasta la primera década del nuevo siglo, se consolidó la tendencia a retratar episodios en los que no se acentuaba la violencia, sino el ridículo y el desprecio hacia estos sujetos.

Otras noticias editorializaron respecto de la dimensión impositiva de la importación y comercialización de vinos y bebidas espirituosas. Aquí también, cuando se hablaba sobre Buenos Aires o sobre el exterior, las consideraciones antialcohólicas eran menos tímidas que cuando se discutía sobre Santa Fe. Por ejemplo, se saludaba la acción de la Liga Antialcohólica y se comendaba la posición del gobierno de atender sus razones frente a las de los importadores (especialmente de bebidas fuertes como *whisky* y ajenjo).

Al discutirse la realidad local, sin embargo, afloraba un pedido de mesura y calma ante aludidas "exageraciones" prohibicionistas. En alusión al proyecto de "represión del

alcoholismo" presentado en la Cámara de Diputados de la provincia, el diario *Santa Fe* se opuso enérgicamente a que el expendio fuese regulado con mayor severidad, argumentando que ello contrariaba la libertad de comercio e instando al poder ejecutivo a "ir despacio" en esta materia:

> Prohíbase por ahora el expendio de bebidas que se considerasen perjudiciales, pero no se incurra en el error de imponer horcas cardinas al que tenga la desgracia de embriagarse. Piano [...] ya se sabe que la mejor teoría es aquella de Suaviter in modo, fortiter in res (*Santa Fe*, 22 de agosto de 1912).

De esta manera, en distintas formas puede verse cómo, al tratarse la realidad local, la definición de la ingesta de alcohol como un problema de salud quedó subordinada al tratamiento dado a otras temáticas (como los impuestos o el decoro público). No obstante, sí puede reconocerse la presencia regular de críticas a la ausencia de control. Las nociones sobre alcoholismo, vicio y enfermedad que afloraban en dichas opiniones consolidaban la primacía de una preocupación de orden moral:

> La ciudad de Santa Fe consume millares de litros de bebidas alcohólicas y, al amparo de sagrados conceptos de sociabilidad, se juegan en su ejido, muchos millares de pesos. [...]. Los que contemplan impasibles a sus hijos iniciarse en el hábito de beber y que toman gracia sus ensayos en el tapete verde o en la cancha de taba, en el primero, porque huele a aristocracia y en el segundo por patriotismo, como está de moda decir, cometen el mayor de los crímenes y merecen el desprecio colectivo (*Santa Fe*, 31 de octubre de 1919).

Aún en la primera década del siglo XX, se constata la ausencia de medidas orientadas específicamente a tratar el alcoholismo en las instituciones como el Consejo de Higiene, hospitales, cárceles y asilos. En el plano local, la prensa alentó al gobierno provincial a plegarse a iniciativas de Capital Federal, donde el Ministerio de Instrucción

Pública, en clave con la definición “ambigua” del alcoholismo, impulsó en 1926 una iniciativa de espíritu temperante. Según expresó el Ministerio: “El gobierno debe realizar todo esfuerzo para combatir el vicio que nos ocupa, que desmedra al individuo, a la familia, a la sociedad, con la degeneración física y espiritual”. No obstante, la medida fue muy limitada y difícilmente pueda calificar como una política antialcohólica:

> Establece que los directores aceptarán la colaboración de personas competentes que, en forma de extensión, quieran ampliar las lecciones del aula sobre el tema “Males del alcoholismo”. Las clases deberán tener lugar únicamente en un día comprendido dentro de 25 y el 31 del corriente mes (*Santa Fe*, 1 de febrero de 1926).

La presencia de indicadores sobre alcoholismo era mínima en documentos oficiales (como, por ejemplo, en las tablas sobre defunciones sus causas de los digestos municipales) y siempre estaba infradiagnosticada frente a afecciones como la cirrosis hepática o los suicidios (fenómenos con los cuales tampoco se la vinculaba en dichos documentos).

En los digestos municipales de la primera década del siglo, se hizo patente la tendencia estatal a visibilizar más el aspecto correccional que el médico de la ingesta de alcohol. En 1905, año en que la ciudad contaba con 33.720 habitantes, se registraron 89 arrestos por ebriedad y desorden, 33 por ebriedad, y 7 por ebriedad y portación de armas, es decir, 129 arrestos por ebriedad asociada a otras causas (aunque los 125 arrestos por desorden –sin ebriedad– permitían relativizar la incidencia del alcohol en episodios de desorden público). Para el período de 1900 y 1905, sin embargo, solo constan 7 muertes causadas por “alcoholismo agudo o crónico”, mientras que solo en 1905 los decesos por “cirrosis del hígado” fueron 8 (Municipalidad de la ciudad de Santa Fe, *Digesto,* 1905-1909: 123-125). Aunque estos números son relativos, en cuanto el municipio se nutrió de los registros de los dos hospitales que funcionaban en

la ciudad, la consideración de estas cifras sí evidencia que los ciclos de atención estatales siguieron estando orientados primordialmente al costado correccional del alcohol.

En estos años, la oferta terapéutica para el alcoholismo no apareció en las fuentes oficiales sino al menos hasta la década de 1940. En efecto, uno de los pocos pasajes en que se pedía una política antialcoholista específica estuvo incluido en un informe sobre un congreso de tuberculosis que tuvo lugar en Rosario en 1919. En la nota, los redactores se concentraban en criticar la desidia de los legisladores y, para ello, utilizaban al alcoholismo como un elemento de impugnación moral que alimentaba su argumentación. Subrayaban que el alcoholismo era "otra plaga" que corroía "la vitalidad del país", y que "este vicio" no hacía presa "tan solo de las clases modestas sino también en las llamadas dirigentes es decir en las que se atribuyen el derecho de gobernar la sociedad". Según se argumentaba, la ausencia de una postura más firme para combatirlo se debía a los ingentes recursos que proveía al Estado en concepto impositivo; ante ello, los gobernantes habrían debido vencer su pereza "para arbitrar medios menos criminales" de conseguir recursos.

Los médicos eran esbozados, aquí, como agentes de la probidad, en cuanto eran "los hombres de ciencia que cada tanto" hacían "sonar la campana de alarma [denunciando] los errores de la política torpe, mercenaria e inconsciente" de esos a quienes les importaba "un comino el bacilo de Koch y, en cuanto a la degeneración alcohólica, lejos de mirarla con recelo", la estimaban "como al mejor factor de sus recelos electorales".

Este vínculo entre la proliferación del alcoholismo y la renuencia estatal a actuar por motivos económicos pone sobre el tapete la relación entre las formas aceptadas y no aceptadas de beber: cómo, según se decía, los límites entre una y otra se volvían borrosos. En el Congreso Femenino Internacional realizado en Argentina en 1911, se leyó una

definición que la prensa local replicó con insistencia desde mediados de la década de 1910:

> Todos los efectos que se atribuyen al alcohol son ficticios. Lo más funesto es el prejuicio de que el alcohol sea un alimento. La uva fresca es seguramente un alimento de primera clase, especialmente por el azúcar; pero en la fabricación del vino se transforma el azúcar por fermentación en alcohol, constituyendo un veneno para el hombre. ¿Cuál es entonces en realidad el motivo del consumo de alcohol? Se bebe, porque agrada y porque es costumbre beber. [...]. Por consiguiente debemos calificar el alcoholismo como una gran inmoralidad (Congreso Femenino Internacional realizado en Argentina, Buenos Aires, 1911: 98).

En este fragmento, puede verse que los antialcoholistas tenían muy en claro cuán extendido se hallaba el hábito de beber, justificado y aceptado socialmente, tanto porque "agradaba" como porque se tomaba por medicamento tónico para el tratamiento de afecciones diversas. Esto es, distinción y salud se reconocían ya como incentivos para el consumo de alcohol. Un consumo que podía llevar, inadvertidamente, al individuo a la inmoralidad.

Por ello, es importante considerar las formas en que el alcohol se integró públicamente a las costumbres decorosas por medio de los nuevos lugares de sociabilidad, así como de la publicidad destinados a los ciudadanos de bien (Fernández y Sedran, 2019). En esta otra forma, simultánea y diversa, de plantear la bebida, la salud y nutrición se entrelazaron con imágenes hogareñas. Más allá del crecimiento de la oferta de estos productos –el litoral del país supuso uno de los acicates del *boom* vinatero de esos años (Barrio, 2009)–, se consolidó la imagen de la mesa familiar como un lugar adecuado para beber.

En productos como vinos de mesa, quinados y aperitivos, las propiedades alimenticias y terapéuticas se entrelazaban, pero también se ofrecían bebidas fuertes, como el *whisky*, y productos como tónicos y jarabes, que contenían

alcohol, se declaraban como cura para las más diversas dolencias (Sedran y Carbonetti, 2019).

Ahora bien, esta ambivalencia no obstó para el desarrollo mercantil de curas para el alcoholismo, sino todo lo contrario. De hecho, la oferta de tratamientos para el alcoholismo provino del sector privado. De la mano con la visibilización de la bebida de los sectores respetables, emergió otro tipo de producto, aunque en Santa Fe fue tímido durante este período: las curas comerciales para el alcoholismo, como pastillas, libros o remedios misteriosos. Algunos de ellos fueron ofertados por esquemas de estafa de alcance internacional, como la "Sra. Anderson", que prometía "curar a un hombre del vicio de la bebida": "Ella lo ha hecho con buen éxito con su esposo y con gran número de sus vecinos […]. Ella no le pide un centavo por estos consejos" (*El Liberal*, 12 de mayo de 1915). Este afable personaje que prometía a las esposas ayudar a curar el alcoholismo de sus esposos probó ser la cara de Cooperative of American Physicians, una corporación norteamericana. El análisis de la producción y circulación de los remedios *milagrosos* de venta libre es incipiente para el caso santafesino (Sedran y Carbonetti, 2019), y resta estudiar aquellos que prometían la cura al alcoholismo: su cantidad, características, éxito o fracaso en el mercado local.

Conclusiones

Las primeras décadas del siglo XX supusieron, para Santa Fe, cambios parciales aunque importantes en la percepción y respuesta al consumo de alcohol.

En relación con su definición, siguió siendo descripto como un vicio aunque a esa idea se sobreimprimió la noción de enfermedad. Este cambio estuvo asociado a la inevitable visibilización de la bebida de sujetos respetables, de sectores medios, a diferencia de la tónica dominante en las

décadas finales del siglo anterior, en las que solo se enunciaba la bebida de hombres pobres, por lo general criollos, se la nombraba como un vicio voluntario y se acentuaba la necesidad de reprimirla (aunque, aun en este contexto, las respuestas correccionales fueron denunciadas por funcionarios y opositores como insuficientes y arcaicas).

En las nuevas formas de describir el consumo excesivo, que, por otra parte, se transformó en la medida de la necesidad de intervención policial, subordinada incluso en su reglamento orientado a mantener el decoro y a tratar a cada individuo ebrio de acuerdo a su estatus, la preocupación principal se situó en el padecimiento del bebedor, al que el vicio se asomaba inadvertida y lentamente. Es en este contexto en que comenzó a hablarse de alcoholismo, nominación que empezó a aparecer de forma incipiente en documentos municipales y provinciales.

Además, el término se consolidó en la prensa local, en la que convivió con el de vicio y en la que su tratamiento tuvo un despliegue particular. Aparecieron con creciente asiduidad noticias, fundamentalmente europeas, estadounidenses y, en menor medida, de la Capital nacional, sobre campañas antialcohólicas, sobre los padecimientos de quienes sufrían el alcoholismo y sobre congresos dedicados a su estudio. En ellas, se hizo hincapié en la urgencia de acabar con ese mal social, en la necesidad de ser inflexibles con su consumo y en que el Estado debía buscar medios alternativos de recaudación, que no implicaran condonar un comercio inmoral, como lo era el del alcohol.

Si bien no faltaron las noticias sobre este "en numerosas naciones" y los intentos de darle impulso en Buenos Aires, y sobre la necesidad de imitar dichas acciones en Santa Fe, esto no se concretó. De hecho, la "huella" estatal de medidas enfocadas hacia el tratamiento de bebedores consuetudinarios fue apenas perceptible hasta dos décadas después. No se hicieron conocer iniciativas de ese tipo en Santa Fe, y las medidas que el Estado desplegó como tal

para la ebriedad siguieron siendo consistentemente correccionales.

En las noticias dedicadas a Santa Fe, las demandas urgentes por enfrentar el alcoholismo se subordinaron a otras consideraciones, tales como el florecimiento del comercio local. Además, cuantitativamente, las noticias locales fueron predominantemente sobre episodios entre ebrios, desórdenes en la vía pública y la necesidad de controlarlos, así como, hacia la década de 1930, emergió la preocupación por el maltrato que, se decía, la policía dispensaba a algunos ebrios caídos en desgracia. En su mayor parte, las denuncias sobre el efecto nocivo del alcohol siguieron siendo en clave de perjuicio moral a la sociedad y las nuevas generaciones. La transformación clave estuvo dada en que comenzó a hacerse visible el vicio de nuevos actores sociales, como los sectores medios. Y, de su mano, se abrió un nuevo mercado tanto de bebidas alcohólicas cuyas propiedades nutricionales se realzaban, como de curas comerciales para el alcoholismo, que incluyó pastillas, libros y tónicos.

La vinculación del alcohol como problema (y solución) en la esfera de la salud empezó a hacerse visible de la mano del consumo de los sectores medios y respetables, aunque presentó rasgos propios. Fundamentalmente, se desligó al sujeto bebedor de la intención de embriagarse, de volverse dependiente y de caer en lo que siguió definiéndose como "inmoralidad".

Bibliografía

Agostoni, Claudia y Speckman Guerra, Elisa (2005). *De normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América latina (1850–1950).* Ciudad de México: UNAM.

Alasuutari, Pertti (1992). *Desire and Craving: A Cultural Theory of Alcoholism*. Nueva York: New York State University.

Barrio, Patricia (2009). "Caracterización del boom vitivinícola en Mendoza (Argentina), 1904-1912". *Mundo Agrario. Revista de Estudios Rurales,* 18, s/p.

Bound Alberti, Fay (2006). *Medicine, Emotion and Disease, 1700–1950.* Londres: Palgrave.

Campos Marin, Ricardo (1997). *Alcoholismo, medicina y sociedad en España (1876–1923).* Madrid: CSIC.

Campos Marín, Carlos y Huertas García-Alejo, Rafael (1991). "El alcoholismo como problema social en la España de la Restauración: problemas de definición". *Dynamis*, 11, 263-286.

Domínguez Faura, Nicanor y Presta, Ana María (2003). "Homenaje a Thierry Saignes". *Revista Andina*, 36, 263-295.

Edman, Johan (2016). "Transnational Nationalism and Idealistic Science: The Alcohol Question between the Wars". *Social History of Medicine,* 29(3), 590-610.

Fahey, David y Tyrrell, Ian (2003). *Alcohol and Temperance in Modern History. An International Encyclopedia.* Santa Barbara: ABC-Clio.

Fernández, Sandra y Sedran, Paula (2019). "Consumo respetable: publicidades del alcohol en la Provincia de Santa Fe a inicios del siglo XX". *Anuario Colombiano de Historia Social y Cultural,* 2, 209-235.

Ferrari Gutiérrez, Alicia (2011). "El alcoholismo como problema social para el Estado y la sociedad sanjuanina (1880-1910)". III Jornadas Nacionales de Historia Social, La Falda, Argentina.

Ferro, Gabo (2010). *Degenerados, anormales y delincuentes.* Buenos Aires: Marea.

Fonseca Ariza, (2000). "Antialcoholismo y modernización en el Perú (1900-1930)". *Histórica,* 2, 327-364. Disponible en bit.ly/3ekG6Mw.

Gayol, Sandra (1993). "Ebrios y divertidos: la estrategia del alcohol en Buenos Aires 1860-1900". *Siglo XIX,* 13, 55-80.

Hanway, Nancy (2014). "The Vineyard as a National Space in Nineteenth Century Argentina". En Pierce, Gretchen y Toxqui, Áurea. *Alcohol in Latin America: A Social and Cultural History.* Tucson: University of Arizona Press, pp. 88-105.

Harrison, Brian (1997). *Drink and the Victorians. The Temperance Question in England, 1815–1872.* Londres: Keele University Press.

Holt, Mack (2006). *Alcohol: a Social and Cultural History.* Oxford: Berg.

Huertas García-Alejo, Rafael (1985). "Alcoholismo y sociedad en 'L'Assommoir' de J Émile Zola". *Dynamis, 5*(6), 215-229.

Leandri, Ricardo (2004). "El Consejo Nacional de Higiene y la consolidación de una elite profesional al servicio del Estado. Argentina, 1880-1900". *Anuario de Estudios Americanos,* 61(2), 133-160.

Luisi, Paulina (1918). "La lucha contra el alcoholismo y el sufragio femenino". En Luisi, Paulina. *Sociología. Educación, Informes y Conferencias.* Montevideo: s/d.

MacAndrew, Craig y Edgerton, Robert (1969). *Drunken Comportment: A Social Explanation.* Chicago: Aldine.

Mateu, Ana (2016). "El vino como alimento y como problema social. Las posturas de los expertos en medio del fomento del consumo y de la lucha contra el alcoholismo. Mendoza en las primeras décadas del siglo XX". *H-Industri@,* 18, 28-57.

Menéndez, Eduardo (2020). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica.* Remedios de Escalada: UNLa.

Menéndez, Eduardo (2009). "De rituales y subjetividades. Reflexiones sobre algunas características de los grupos de Alcohólicos Anónimos". *Desacatos,* 29, 107-120.

Menéndez, Eduardo (1985). "Saber 'médico' y saber 'popular': el modelo médico hegemónico y su función ideo-

lógica en el proceso de alcoholización”. *Estudios Sociológicos del Colegio de México,* 3(8), 263-296.

Molina, Mario y Camacho Santiago, Marisol (1991). “Las prácticas espiritistas y el tratamiento del alcoholismo: un estudio exploratorio”. *Caribbean Studies,* 24(3), 151-174.

Noguera, Carlos (2004). “Luta antialcoólica e higiene social na Colômbia, 1886-1948”. En Gilberto Hochman y Diego Armus. *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe.* Río de Janeiro: Editora Fiocruz.

Palma Alvarado, Daniel (2004). “De apetitos y de cañas. El consumo de alimentos y bebidas en Santiago a fines del siglo XIX”. *Historia,* 37(3), 391-341.

Piccato, Pablo (1995). “’El paso de Venus por el disco del sol’: Criminality and Alcoholism in the Late Porfiriato”. *Estudios Mexicanos,* 11(2), 203-241.

Pierce, Gretchen y Toxqui, Áurea (2014). *Alcohol in Latin America: A Social and Cultural History*. Tucson: University of Arizona Press.

Powers, Madelon (2006). “The Lore of the Brotherhood: Continuity and Change in Urban American Saloon Culture, 1870-1920”. En Holt, Mack. *Alcohol: A Social and Cultural History.* Berg: Oxford, pp. 145-160.

Richard Jorba, Rodolfo (2010). *Empresarios ricos, trabajadores pobres. Vitivinicultura y desarrollo capitalista en Mendoza 1850–1918.* Prohistoria: Rosario.

Rojas Sosa, Odette (2019). *La metrópoli viciosa: alcohol, crimen y bajos fondos. Ciudad de México 1929–1946.* Ciudad de México: UNAM.

Room, Robin (2001). “Intoxication and bad behaviour: understanding cultural differences in the link”. *Social Science & Medicine,* 53, 189-198.

Saignes, Thierry (1993). “Borracheras andinas. ¿Por qué los indios ebrios hablan en español?”. En Saignes, Thierry (comp.). *Borrachera y memoria. La experiencia de lo sagrado en los Andes*. La Paz: Hisbol, pp. 43-71.

Salazar Bermúdez, Alejandro (2017). "Visiones sobre el alcohol y la prohibición en los debates médicos y la prensa en Colombia, 1918-1923". *Trashumante. Revista Americana de Historia Social,* 9, 78-97.

Sánchez Mejorada–Fernández, Jorge (2007). "Concepto del alcoholismo como enfermedad: historia y actualización". *Revista Médica de la Universidad Veracruzana,* 7(1), 27-38.

Sedeillán, Gisela (2008). "La penalidad de la ebriedad en el código penal y en la praxis judicial bonaerense 1878–1888". *Anuario del Instituto de Historia Argentina,* 8, 151-171.

Sedran, Paula (2019). "Prácticas distintas. El problema de la definición de lo peligroso y su impacto en el análisis histórico en la escala local y regional, fines del siglo XIX – mediados del siglo XX". *Estudios del ISHiR,* 24, s/p.

Sedran, Paula (2018). *Moral y orden. Sentidos y prácticas en la transformación de los comportamientos públicos (Santa Fe, 1856–1890).* Buenos Aires: Teseo.

Sedran, Paula y Carbonetti, Adrián (2019). "Miracle cures: advertisements for various medications in the Santa Fe press, Argentina (1890-1918)". *História, Ciências, Saúde – Manguinhos,* 4, 1121-1137.

Suriano, Juan (2001). "La cuestión social y el complejo proceso de construcción inicial de las políticas sociales en la Argentina moderna". *Ciclos,* 11 (21), 123-147.

Tomsen, Stephen (1990). "Alcohol, Violent Crime and Social Power". En Vernon, Julia (ed.). *Alcohol and Crime.* Canberra: Australian Institute of Criminology, pp. 47-58.

Vázquez, María Florencia (2018). "Degeneración, criminalidad y heredo-alcoholismo en Colombia, primera mitad del siglo XX". *Saúde Soc. São Paulo,* 27(2), 338-353.

Yangilevich, Melina (2007). "Bebidas, convites, heridas y muertes. Violencia interpersonal y administración de justicia al sur del río Salado". *Andes,* 18, s/p.